
22300006636

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. Nélaton, membre de l'Institut, professeur de clinique à la faculté de médecine, etc.

Seconde édition complètement remaniée.

Tome premier, rédigé par M. le Dr Jamain, chirurgien des hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8........ 9 fr.
Tome deuxième, rédigé par M. le Dr Péan, chirurgien des hôpitaux. 1 fort vol. in-8, avec 288 fig. dans le texte........ 13 fr.
Tome troisième, rédigé par M. le Dr Péan. 1 vol. gr. in-8, avec 148 fig... 14 fr.
Tome quatrième, rédigé par M. le Dr Péan. 1 vol. gr. in-8, avec 148 fig... 14 fr.
Tome cinquième, rédigé par M. Péan, jusqu'aux tumeurs du sein.

Scapulalgie et de la **résection scapulo-humérale**, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie. In-8, 20 figures. Paris, 1860.

Autoplastie du cou. Réparation d'une large perte de substance de la région cervicale antérieure à l'aide d'un lambeau pris sur la région thoracique. Observation suivie de considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques. In-8, avec figures, 1868.

Tumeurs des lombes. Opération pratiquée avec succès pour l'extraction d'une énorme tumeur fibro-graisseuse de la région lombaire à forme éléphantiasique. Observation suivie de considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques, et d'un historique des tumeurs de la région des lombes qui ont paru présenter quelque analogie.

Splénotomie. Observation d'ablation complète de la rate pratiquée avec succès ; considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques, suivies d'un historique de la splénotomie fait par M. Magdelain........ 1 fr.

L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès? Observations pour servir à la solution de cette question. Gr. in-8, 1867. 1 fr.

Ovariotomie et splénotomie. Observations pour servir à la solution de cette question, précédées de considérations sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire (2e édition). Paris, 1869, avec de nombreuses figures........ 6 fr.

Étude clinique sur les ulcérations anales, en collaboration avec M. Malassez. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte et 4 planches coloriées, 1872........ 6 fr.

Hystérotomie. De l'ablation de l'utérus par la gastrotomie, en collaboration avec M. Urdy. 1 vol. in-8, avec figures et planches ; ouvrage couronné par l'Institut de France, 1873........ 6 fr.

De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostasie chirurgicale, leçons recueillies par MM. Deny et Exchaquet. In-8........ 2 fr. 50

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis, suivies des observations recueillies par l'auteur et de la statistique des observations de gastrotomie pratiquées par lui.

Tome premier, comprenant les observations recueillies depuis le 1er janvier 1874 au 1er juin 1875 et la statistique des gastrotomies de 1864 à 1875. 1 fort vol. in-8, avec figures dans le texte et 4 planches coloriées hors texte, 1876. 20 fr.
Tome deuxième, comprenant les observations du 1er juin 1875 au 1er janvier 1877, la statistique des gastrotomies de 1875 à 1878, les considérations histologiques, par M. André, sur les tumeurs enlevées dans cette période et le catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. 1 fort vol. in-8, avec figures dans le texte, 1879........ 20 fr.
Tome troisième, comprenant les observations du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879, la statistique des gastrotomies du 1er janvier 1878 au 1er janvier 1881 et le catalogue de la 2e partie du catalogue des pièces déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis. 1 fort vol. in-8, avec figures dans le texte, 1882.... 20 fr.
Tome quatrième, comprenant les observations du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881, la statistique des gastrotomies du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1885, avec 46 figures dans le texte et 7 planches coloriées hors texte, 1886...... 20 fr.

Catalogue du musée particulier de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis. In-8, Paris, 1879........ 1 fr.

Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase. 1 vol. in-8, 1877. 4 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, par le Dr Péan. Paris, 1883........ 1 fr.

Des tumeurs végétantes du péritoine pelvien, à forme colloïde ou myxomateuse, par le Dr Péan. Paris, 1885........ 1 fr.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, tomes I et II.

Pour paraître prochainement :

Leçons de clinique chirurgicale, tomes VI, VII et VIII.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, tome III.

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PENDANT LES ANNÉES 1881 ET 1882

PAR

M. LE Dr PÉAN

SUIVIES

Des observations recueillies dans le service de l'auteur
du 1er janvier 1881 au 1er janvier 1883

De la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier 1885
au 1er janvier 1886

AVEC FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1887


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

PRÉFACE

Le cinquième volume que nous publions aujourd'hui est divisé, comme les précédents, en trois parties : la première contient les leçons cliniques qui nous ont paru le plus dignes d'intérêt; la seconde, les observations des malades traités dans nos salles du 1er janvier 1881 au 1er janvier 1883; la troisième, celles des gastrotomies que nous avons pratiquées pendant l'année 1885. Depuis longtemps déjà nous avions entre les mains les matériaux de ce volume ; mais leur publication exigeait nécessairement un travail soutenu. Aussi, nous devons remercier ceux de nos élèves qui ont bien voulu nous prêter leur concours : M. Monnier, un de nos meilleurs internes, qui a pris la peine de surveiller l'impression ; MM. Jouin, Defontaine, Hue, de Brun, de Langenhagen, Guelliot, internes, et MM. Parreno, Sinoir, Larrivé, Hainaud, Leter, Rousseau, Legendre, Porquet, Chatelain, Chambellan, Massaloux, Démelin, externes de notre service, qui ont mis autant de zèle à soigner nos malades qu'à recueillir leurs observations pendant les années 1881 et 1882. Les faits nombreux, colligés dans cet ouvrage, qui n'a pas moins de 1376 pages, démontrent que nous n'hésitons pas à pratiquer les plus grandes opérations toutes les fois qu'elles sont indispensables

pour arracher les malades à une mort prompte et certaine, et que nous ne consentons jamais à recourir aux opérations, même les moins graves, lorsque leurs indications ne sont pas suffisamment justifiées. C'est parce que nous avons toujours suivi cette ligne de conduite que nous avons aujourd'hui la satisfaction de voir toutes les opérations, dont nous avons pris l'initiative, être favorablement accueillies en France, comme à l'étranger, par les chirurgiens les plus justement estimés.

PREMIÈRE LEÇON

DES KYSTES HYDATIQUES DE LA PROSTATE

Messieurs,

Les kystes de la prostate forment un chapitre distinct dans l'histoire des tumeurs de cet organe. On connaît depuis longtemps les kystes séreux ou glandulaires dus à la rétention du liquide prostatique dans les culs-de-sac de la glande. Nous les laisserons de côté pour ne nous occuper aujourd'hui que des kystes hydatiques qu'on y a également rencontrés et dont l'histoire, pour être moins connue, n'en est pas moins intéressante.

Voici l'observation d'un malade que nous avons eu récemment l'occasion de soigner dans notre service pour cette affection :

Obs. I. — Petit fils, vingt-huit ans, typographe à Reims, entre le 12 décembre 1883, salle Nélaton, n° 6. Il raconte qu'à dix-sept ans il a eu des coliques de plomb qui, depuis, ont reparu par intervalles ; il n'a jamais eu d'autres accidents saturnins.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a été reconnue il y a six semaines. A cette époque, il eut de la dysurie, ainsi que des alternatives de constipation et de diarrhée, et les médecins de Reims qu'il consulta reconnurent dans le bas-ventre la présence d'une tumeur dure, non douloureuse à la pression. A la Société de médecine de Reims, où il fut présenté par le Dr Fiselbrand, les uns crurent à un kyste dermoïde, les autres à une tumeur ganglionnaire, d'autres, enfin, à une tumeur prostatique.

On discuta s'il y avait lieu de faire l'ablation totale de la tumeur ou de pratiquer un anus artificiel pour rendre leur cours aux matières fécales. Les partisans de l'intervention se basaient sur la constipation devenue absolue, la dyspepsie qui existait depuis le début, sur l'amaigrissement et l'épuisement, et ce furent eux qui, très vivement préoccupés de son état, engagèrent le malade à venir nous consulter.

Lorsque nous le vîmes, il nous annonça que depuis seize jours il n'avait eu aucune garde-robe, malgré purgatifs et lavements. En palpant la fosse iliaque gauche, nous découvrîmes une tumeur du volume d'une tête d'adulte, dure et peu douloureuse à la pression. Le toucher rectal, combiné au palper hypogastrique, nous permit de constater qu'elle était régulière, nettement fluctuante et qu'elle occupait le prostate. Il n'existait pas d'autre tumeur dans d'autres parties du corps.

Pour bien nous assurer que la tumeur était réellement prostatique, nous fîmes la ponction à travers la paroi antérieure du rectum avec un long trocart conduit sur le doigt indicateur placé dans le rectum; aussitôt nous vîmes s'écouler 1,600 grammes d'un liquide clair, hydatique, un peu mélangé de sang. L'examen de ce liquide fut fait au microscope par Balzer, et révéla la présence de crochets d'hydatides, en même temps que l'examen chimique, fait par Pouchet, donna toutes les réactions des liquides hydatiques. Dès que le kyste fut vidé, il nous fut facile, en combinant le toucher rectal au cathétérisme uréthral, de reconnaître que la partie inférieure du sac était adossée à la muqueuse de l'urèthre et que la prostate distendue entrait dans la composition de ses parois.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le huitième jour, le malade repartait pour Reims et reprenait son métier de typographe. Il nous écrivait ces jours derniers, c'est-à-dire plus de trois mois après son départ de l'hôpital, que la tumeur ne s'est pas reproduite et que la santé continue à être excellente.

L'*historique* des kystes hydatiques de la prostate est bien pauvre en documents, puisque nous n'avons pu en rencontrer que cinq observations, en dehors de la nôtre.

La première, due à Lowdell, a paru en 1846 dans le *Médico-chirurgical transactions*, volume XXIX :

Obs. II. — Un homme de soixante-quatre ans, mal nourri, mal vêtu et exposé à toutes les intempéries de l'air, était sujet à la difficulté d'uriner depuis trois ou quatre ans. Suivant lui, depuis cette époque, il n'avait jamais réussi à vider complètement sa vessie ; enfin, dans les derniers temps, la rétention d'urine était devenue presque complète.

A son entrée à l'hôpital, cet homme était en proie à une rétention. On avait essayé, à plusieurs reprises, avant ce temps, de le sonder, mais sans succès. La première tentative que fit l'auteur ne fut pas plus heureuse ; l'instrument arrivait avec facilité jusqu'à la région prostatique, mais là il s'engageait dans de nombreuses fausses routes ; tantôt on sentait le bec de la sonde au-dessus du pubis, en avant de la vessie, tantôt il se perdait dans une situation plus profonde.

En examinant par le rectum, on découvrit une tumeur volumineuse offrant une élasticité obscure et située dans le point qu'occupe la prostate ; elle remplissait presque entièrement le bassin. L'état de faiblesse de cet homme ne laissait pas de temps à perdre. On le mit dans un bain chaud, qui permit la sortie d'une certaine quantité d'urine ; cependant la vessie était toujours distendue.

Quelques heures après, on fit de nouvelles tentatives de cathétérisme et on réussit à passer une sonde n° 4, ce qui donna issue à trois pintes d'une urine fortement alcaline. La tumeur du rectum ne diminua pas du tout. En palpant avec soin l'abdomen, on découvrit deux petites tumeurs dans la direction de l'arc du côlon ; on supposa d'abord que c'étaient des scybales, mais les lavements ne purent les faire disparaître. Ce malade succomba quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva le péritoine prévésical noir et ramolli, l'urèthre noyé à son origine dans une gangue de tissu cellulaire altéré. Les parois de la vessie étaient fort épaisses, et au niveau de la prostate, on voyait une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus à terme, qui n'était autre que la poche hydatique. Son contenu regorgeait d'échinocoques tellement comprimés les uns contre les autres que la coupe en paraissait uniforme ; la substance de la prostate était perdue au sein de ce kyste, et l'urèthre, comprimé dans sa partie supérieure, avait été labouré dans tous les sens par le cathéter. Il y avait, en outre, deux tumeurs de même nature dans l'épaisseur de l'épiploon, près de l'arc du côlon.

En 1878, Butruille rapporte devant la Société anatomique la belle observation qui suit, recueillie à l'hôpital Cochin, dans le service de Desprès :

Obs. III. — *Kyste multiloculaire de la prostate.* — Delorme (Jacques), âgé de soixante-neuf ans, homme de peine, entre le 23 avril dans le service de M. Desprès, à l'hôpital Cochin, lit n° 21. Cet homme s'était présenté le matin à la consultation, se plaignant d'une rétention d'urine durant depuis plusieurs jours : Jamais, dit-il, il n'avait eu de chaudepisse ni d'accident vénérien. On pratiqua immédiatement le cathétérisme à l'aide d'une sonde molle; quelques tentatives restèrent infructueuses, puis on vit que la sonde était engagée dans une fausse

route, au niveau de la prostate. On finit néanmoins par lui passer dans la vessie une sonde qu'on fixa à demeure. Le soir, le malade eut un peu de fièvre, déclara qu'il éprouvait au niveau du col de la vessie une grande douleur et pria l'interne de garde de lui retirer la sonde.

Comme le lendemain il n'avait pas uriné, on lui passa de nouveau la sonde et on l'exhorta à la garder. Contre la fièvre du soir, on prescrivit 40 centigrammes de sulfate de quinine. Le toucher rectal permit de constater au niveau de la prostate une énorme tumeur molle et fluctuante, qu'on crut être un abcès de la prostate.

La journée du 24 et celle du 25 se passèrent sans accident bien notable.

Le 26, le malade fut un peu agité, quoiqu'il eût peu de fièvre; on dut lui remettre deux fois la sonde à demeure.

Le 27 au matin, après la visite, il éprouva quelques légers frissons et fut pris d'un violent point de côté à droite, de dyspnée et de toux. L'examen de la poitrine, pratiqué à la contre-visite, ne donna aucun renseignement; on ne constatait ni à droite ni à gauche aucun souffle, aucun râle qui pût permettre d'affirmer l'existence d'une pneumonie. Mais les symptômes fonctionnels, la température qui monta le soir à 39°,6, permettaient de croire à une pneumonie centrale. Néanmoins, pas de crachats rouillés.

Le 29 avril, apparition des crachats de pneumonie. On ne peut introduire la sonde.

Le 30 avril, l'état s'est considérablement aggravé; la langue est sèche et fuligineuse, la peau chaude; le malade veut absolument s'en aller. Il meurt dans le courant de la journée.

Autopsie. — Le poumon droit présente à son sommet des noyaux multiples de pneumonie centrale. A sa base, existe une hydatide solitaire, du volume d'une noix environ.

Les lésions de l'appareil urinaire sont les suivantes :

La muqueuse de l'urèthre est intacte dans la portion bulbeuse et spongieuse. Au niveau de la région prostatique, on constate à droite une fausse route baignée de pus sanguinolent. A gauche, à la portion antérieure de la prostate, on constate les particularités suivantes : une tumeur, présentant tous les caractères d'un kyste multiloculaire, transparente, occupe la partie antérieure de la prostate, recouverte seulement, du côté de l'urèthre, par un pont assez mince de tissu prostatique qui se déchire.

Cette tumeur, ou plutôt ce kyste multiloculaire, est recouvert sur ses parties latérales par l'aponévrose latérale de la prostate; elle appartient donc bien à la loge prostatique. De plus, elle est recouverte sur sa partie postérieure par du tissu prostatique qu'on peut voir se prolonger au même niveau que du côté opposé. On peut donc

affirmer que ce kyste appartient à la prostate. En haut et en arrière, le kyste remonte jusque vers la vessie, mais en est parfaitement distinct; on constate également l'intégrité des vésicules séminales. La vessie elle-même est épaissie, présente un peu de cystite chronique et quelques taches ecchymotiques dues probablement à la sonde à demeure.

L'examen histologique du kyste a été fait par Chambard, dans le laboratoire de Ranvier, au Collège de France.

Le kyste, ouvert à sa partie postérieure, est formé de cinq à six loges qui contiennent du liquide citrin sans crochets d'hydatides. A première vue, la coloration des parois, qui ressemble à du blanc d'œuf cuit, paraît indiquer qu'on a affaire à un kyste hydatique.

Une coupe perpendiculaire aux parois du kyste montre qu'elles sont formées uniquement par du tissu fibreux mêlé à d'assez nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses et se prolongeant dans la cavité kystique sous forme de papilles peu saillantes et arrondies. Sur les coupes, on ne constate pas de revêtement épithélial, mais le degré d'altération de la pièce ne donne pas à cette constatation de valeur positive.

En résumé, il s'agit d'un kyste creusé dans l'épaisseur du tissu prostatique et formé par ce tissu.

Le degré de dessiccation de la poche trouvée dans le poumon n'a pas permis d'en faire l'examen histologique; mais cette pièce présentait bien les apparences d'une hydatide solitaire.

Dans la même année, Planty-Mauxion relate, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris, l'histoire très détaillée d'un malade qu'il a observé à la clinique de Mallez :

Obs. IV. — G... (Jean), vingt-huit ans, garçon d'hôtel. Ce malade raconte qu'au mois de janvier 1873, il a ressenti de vives douleurs pendant la miction; alors il entra à l'Hôtel-Dieu où il fut traité pour une cystite chronique. Il en sortit au bout d'un mois, mais les douleurs reparurent, et un mois après il fut forcé d'entrer à l'hôpital Lariboisière où il fut soigné pour une tumeur de la prostate. Le traitement térébenthiné, les lavements froids et les frictions sur le ventre, avec une pommade iodurée, amenèrent de l'amélioration.

Tout alla bien pendant quelques mois; mais depuis cinq à six mois, les douleurs ont reparu avec la même intensité; la miction est très douloureuse, les urines chargées. Depuis quelque temps aussi, les selles sont très pénibles. Il existe des douleurs au périnée et de la fièvre accompagnée de frissons.

Le malade se présente à la clinique de Mallez le 15 février 1874

avec un teint jaunâtre, terreux et une maigreur extrême. A l'inspection, on constate du côté gauche de l'hypogastre une saillie, dure au toucher, de la grosseur d'une tête de fœtus de sept mois. Mallez cherche à pratiquer le cathétérisme avec une sonde en métal, mais il ne peut y réussir; il pénètre avec une sonde en gomme. Par le toucher rectal, on ne peut limiter la prostate. Topiques émollients sur le périnée et sur le ventre.

3. — On sent au toucher rectal, de la fluctuation prostatique. On pratique une ponction rectale qui donne issue à 300 grammes d'un liquide blanc.

5. — Deuxième ponction qui donne issue à 850 grammes d'un même liquide.

7. — Troisième ponction et sortie de 60 grammes de liquide. L'examen au microscope laisse parfaitement voir des crochets d'échinocoques. Le malade a de la fièvre.

Le 16, quatrième ponction qui donne 45 grammes de pus fétide avec crochets.

Le 18, une cinquième ponction donne 470 grammes de pus fétide. On fait à la prostate, avec le bistouri boutonné, une légère incision. La première miction qui suit cette incision est accompagnée d'un peu d'hématurie. Malgré cela, le malade a bon appétit et n'a pas de fièvre.

Le 20, au toucher rectal, on sent toujours la prostate aussi distendue. On replonge le trocart, mais n'obtenant aucun liquide, on pratique la ponction un peu plus à droite et l'on retire 260 grammes d'un pus verdâtre, très fétide. Dès que la poche est vidée, on introduit une injection de 500 grammes d'une solution phéniquée. Le soir, le malade a peu de fièvre.

Le 21, douleurs dans la région hypogastrique, quelques vomissements, nouvelle injection.

Le 23, une septième ponction donne 850 grammes de pus. Sonde à demeure dans le kyste. Injection phéniquée. Dans la journée, sueurs très abondantes.

Le 24, la sonde laisse couler dans la journée environ 200 grammes de pus couleur chocolat, toujours très fétide. L'état général, devenu meilleur depuis ces dernières ponctions, se maintient.

Le 25, au moyen d'un aspirateur, on extrait environ 400 grammes de pus verdâtre, toujours épais et fétide. Injection phéniquée. L'état du malade est meilleur.

Le 26, pas de fièvre. Écoulement de pus assez abondant par la sonde pendant les jours suivants.

Le 1er avril on pratique une ponction dans le lobe gauche, qui donne issue à 80 grammes d'un liquide blanc crémeux, d'odeur moins forte. Quant à l'autre lobe, il n'y a qu'un peu de gaz fétide.

Les jours suivants, pas d'écoulement; les douleurs accompagnant la fin de la miction vont en décroissant.

Le malade sort quelques jours après dans un état satisfaisant. Il fait de très longues courses sans fatigue ni douleur, et part pour la campagne.

A son retour, un mois après, le malade est très bien portant. On constate au toucher rectal une induration et une hypertrophie de la prostate.

Depuis ce jour, le malade travaille et n'a pas eu de nouveaux accidents.

En 1883, Tillaux cite devant la Société de chirurgie le cas suivant :

Obs. V. — Goutte (Antoine), quarante-trois ans, garçon d'hôtel. Il y a deux ans, le malade a été pris de constipation ou plutôt d'alternatives de diarrhée et de constipation. Un an après, il commença à être réveillé la nuit par le besoin d'uriner; lorsqu'il se présentait au vase, l'urine mettait longtemps à venir.

Le malade entre à l'hôpital le 23 septembre pour rétention d'urine incomplète. L'examen fait le 29 septembre me fait sentir par le toucher rectal une énorme tumeur de la prostate, du volume d'une tête d'enfant, remplissant le petit bassin et comprimant le rectum. Elle est parfaitement lisse et régulière ; les deux lobes sont confondus et il n'existe plus de sillon médian. Sa consistance est élastique, rénitente, surtout du côté du lobe droit; or, le tissu de la prostate est ferme, non élastique; donc, collection liquide. Un peu de douleur à la pression.

Le cathétérisme uréthral me fait sentir que la sonde est serrée; par conséquent, la prostate est également volumineuse en avant. Pour pouvoir introduire une sonde métallique, je suis obligé d'élever le siège du malade à l'aide d'un coussin et d'abaisser fortement le pavillon entre les deux cuisses. Je ne peux même faire arriver le bec de la sonde qu'au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, et il s'écoule à peine quelques gouttes d'urine. Bien que la vessie soit pleine, je suis obligé de renoncer au cathétérisme, soit avec la sonde métallique, soit avec la sonde molle, en caoutchouc.

Le malade ne peut travailler à cause de la douleur qu'il éprouve en arrière du sacrum. Il ne va que très difficilement à la selle.

La présence sur la région latérale droite du thorax d'un ancien abcès froid me fait penser que la collection liquide de la prostate est peut-être un abcès froid.

Les douleurs augmentent et le malade perdant ses forces et son

appétit, je me décide, le 9 octobre, à faire une incision sur la face rectale de la prostate à l'aide d'un bistouri boutonné conduit sur le doigt introduit dans le rectum. Il s'écoule aussitôt un flot de liquide clair, ressemblant à l'urine, légèrement coloré par le sang. J'introduis le doigt dans la poche à une profondeur de 6 à 7 centimètres; il semble qu'elle soit cloisonnée.

10 *octobre*. — L'urine que le malade a rendue est claire. Du reste, la miction a été difficile, et la vessie est, ce matin, distendue par l'urine. Le malade a été soulagé des douleurs qu'il éprouvait; mais il souffre maintenant dans le ventre, il a un peu de fièvre; en un mot, il a quelques phénomènes de péritonite.

12. — L'urine est toujours très claire; par conséquent, il n'y a pas de communication entre le foyer et l'urèthre.

Hier soir, le malade a rendu, en allant au vase, une membrane qui ressemble à une hydatide.

13. — Le malade a encore rendu des membranes hydatides. Il n'a plus de fièvre et va tous les jours à la selle.

16. — Le malade se trouve bien; il urine facilement; quelques éiancements dans la verge.

17. — Au toucher rectal, la prostate paraît encore un peu volumineuse et l'incision, perceptible au doigt, n'est pas encore refermée.

3 *novembre*. — Le malade part pour Vincennes, tout à fait guéri, un mois et demi environ après son entrée à l'hôpital.

Enfin, dans la séance du 25 juin 1884, Nicaise rapporte devant la Société de chirurgie l'exemple suivant, dû à Millet :

Obs. VI. — Un homme de cinquante-neuf ans est pris de rétention d'urine, et l'on constate l'existence d'une tumeur de la région prostatique; on peut passer une sonde en caoutchouc rouge. Nicaise, auquel on envoie le malade, trouve dans la région prostatique une tumeur rénitente, perceptible par le rectum, grosse, régulière et indolente; il propose une ponction qui n'est pas acceptée.

Six mois après, nouvelle rétention qui nécessite une ponction hypogastrique; en cherchant à introduire dans la vessie une sonde métallique, il s'écoule par la sonde 700 grammes d'un liquide limpide contenant des crochets et un peu d'albumine; on sent par le rectum une dépression au niveau de la prostate. Après inflammation de la poche par pénétration de l'urine et expulsion par le rectum de vésicules hydatiques, la plaie granule et se cicatrise.

Telles sont, Messieurs, les seules observations de kystes hydatiques de la prostate que nous avons trouvées dans la

science. Nous en passons volontairement sous silence quelques autres qui ont été publiées en Angleterre et en Amérique par Thompson, Curling, White et Callavay, parce qu'elles pèchent par l'insuffisance des détails et qu'il est permis d'élever des doutes sur leur authenticité.

L'*étiologie* des kystes hydatiques de la prostate est aussi obscure que celle de tous les autres kystes hydatiques. Il est impossible de relever d'autres particularités étiologiques que celles relatives à l'âge des malades. Les sujets ayant dépassé l'âge mûr y paraissent plus particulièrement prédisposés. Si l'on excepte, en effet, le malade de Mauxion et le nôtre, qui n'avaient que vingt-huit ans, nous voyons que les autres malades étaient âgés, celui de Tillaux de quarante-trois ans, celui de Millet de cinquante-neuf ans, ceux de Lowdell et de Butruille de soixante-quatre et de soixante-neuf ans. Nous ajouterons, comme détail complémentaire, que notre malade avait eu des accidents saturnins.

Bien que l'*anatomie pathologique* de ces kystes n'ait été étudiée que dans deux cas, nous trouvons néanmoins, dans la relation des autopsies faites par Lowdel et par Butruille, des détails précis sur l'examen macroscopique de ces tumeurs.

Leur siège exact a été parfaitement reconnu par ces deux auteurs. On voyait, dans le cas de Lowdell, à la place même de la prostate, une tumeur qui fut reconnue, après incision, pour un kyste hydatique parfaitement clos, au milieu duquel se perdait la substance propre de la prostate.

L'autopsie, dans le fait de Butruille, fit découvrir, au niveau de la partie antérieure du lobe gauche de la prostate, un kyste recouvert en avant et surtout en arrière par du tissu prostatique, bordé latéralement par l'aponévrose latérale de la prostate et remontant en haut et en arrière jusqu'à la vessie, dont il était parfaitement distinct; il était donc enfermé dans la loge prostatique.

Le volume de ces kystes est toujours considérable; on l'a vu, dans deux cas, égaler celui d'une tête de fœtus à terme, une autre fois celui d'une tête d'enfant, et enfin, dans notre cas, il atteignait celui d'une tête d'adulte.

Les autres caractères macroscopiques de ces kystes ressemblent absolument à ceux des kystes hydatiques des autres régions : même forme arrondie, même surface lisse et régulière, même transparence, même aspect des parois internes ressemblant à du blanc d'œuf cuit, ainsi que l'a noté expressément Butruille. La poche a été trouvée tantôt unique, plus souvent cloisonnée ; mais le contenu, qu'elle fût unie ou multiloculaire, était toujours le liquide clair et limpide des kystes hydatiques.

Les organes qui entourent le kyste présentaient nécessairement des désordres de voisinage : compression, aplatissement du rectum et de l'urèthre, refoulement du col de la vessie, épaississement et vascularisation anormale du trigone vésical, désordres semblables à ceux que l'on rencontre à propos de toutes les tumeurs volumineuses de la prostate. Il faut encore ajouter les fausses routes qu'on a rencontrées plusieurs fois au niveau de la portion prostatique de l'urèthre. Les vésicules séminales étaient intactes sur la pièce présentée par Butruille.

Enfin on a signalé l'existence simultanée de kystes hydatiques d'autres organes. C'est ainsi que Lowdell trouva deux hydatides dans l'épaisseur de l'épiploon, et Butruille une hydatide solitaire à la base du poumon droit.

L'étude microscopique de ces tumeurs faite par Chambard, au laboratoire du Collège de France, a montré que les parois étaient formées uniquement par du tissu fibreux mêlé à d'assez nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses, se prolongeant dans la cavité kystique sous forme de papilles peu saillantes et arrondies, et que le liquide contenait des vésicules hydatiques ou des crochets d'échinocoques. L'analyse chimique y a révélé les réactions ordinaires, c'est-à-dire l'absence de coagulum albumineux reconnaissable par la chaleur et l'acide nitrique.

Malgré leur précision, les détails anatomiques qui précèdent n'ont pas paru suffisamment probants aux auteurs classiques, pour leur permettre de conclure que ces kystes hydatiques siègent dans la prostate. La plupart estiment que les

autopsies elles-mêmes ne sont pas suffisamment probantes et que ces kystes étaient situés dans le tissu cellulaire périprostatique. Leur opinion est tout au moins hypothétique, puisqu'elle n'est pas basée sur leurs observations personnelles. Quant à nous, tout en reconnaissant d'après notre expérience la fréquence assez grande des kystes hydatiques périprostatiques d'origine cellulaire, si bien décrits par Charcot en 1852, nous nous croyons autorisé à admettre l'existence de kystes hydatiques prostatiques, et les lésions rencontrées à l'autopsie nous paraissent suffisamment probantes.

L'observation de Lowdell ne prouve-t-elle pas que la tumeur occupait exactement la place de la prostate et qu'elle était constituée par une cavité close, au milieu de la substance propre de la prostate? Celle de Butruille n'est-elle pas plus précise encore? Ne nous apprend-elle pas, en effet, que le kyste était limité par les plans qui circonscrivent la loge prostatique, et recouvert en avant et en arrière par du tissu prostatique? D'ailleurs, le fait seul du siège du kyste dans la partie antérieure de la prostate serait concluant, puisque cette situation antérieure n'a jamais été mentionnée dans les observations de kystes hydatiques périprostatiques d'origine cellulaire, qui siègent en arrière de la prostate, entre cette glande et le rectum.

Enfin, il est un dernier point qui non seulement confirme l'existence des kystes hydatiques de la prostate, mais qui tendrait à faire croire à leur fréquence plus grande qu'on ne pourrait le supposer d'après le petit nombre d'observations relatées par les auteurs : c'est l'absence fréquente d'indications sur la situation et l'état de la prostate dans les nombreuses observations de kystes hydatiques du petit bassin. Si, en effet, ces kystes siègent véritablement en dehors de la prostate, celle-ci doit se trouver quelque part à côté du kyste, refoulée, comprimée, aplatie si l'on veut, mais présentant encore quelques vestiges faciles à reconnaître. Or, presque toutes les observations sont muettes à cet égard. Y a-t-il eu un simple oubli de la part des auteurs? Ou bien doit-on attribuer ce silence à ce que la glande elle-même était le point

de départ et le siège du kyste hydatique? Quoi qu'il en soit, il y a là une lacune qu'il est bon de signaler, et puisque seules les autopsies précises peuvent faire loi, il serait à désirer qu'à l'avenir l'attention fût attirée davantage sur l'état de la prostate dans toutes les observations de kystes hydatiques du petit bassin.

En résumé, l'existence des kystes hydatiques de la prostate nous semble démontrée par l'étude attentive des faits anatomiques et par la clinique.

Parmi les *symptômes* qui appartiennent à ces tumeurs, les uns sont fonctionnels; les autres sont perçus par le chirurgien.

Les *symptômes fonctionnels* ne commencent à apparaître que le jour où le kyste est assez volumineux pour comprimer les organes voisins. C'est alors qu'on observe des troubles du côté de la vessie, de l'urèthre et du rectum : dysurie, chaleur au niveau du col de la vessie, alternatives de diarrhée et de constipation. Plus tard apparaît la rétention d'urine et des matières fécales. La rétention d'urine est, sans contredit, le symptôme le plus constant, puisqu'elle a été signalée dans toutes les observations. Atteint d'abord de rétention incomplète, le malade voit le jet s'amincir, perdre sa force, sortir en spirale, se bifurquer, quelquefois même s'interrompre brusquement, puis il n'urine que par regorgement, et le liquide excrété devient ammoniacal. Survienne le moindre refroidissement, le plus petit excès, et la rétention d'urine est complète. Lorsque la constipation devient opiniâtre, elle résiste aux lavements, aux purgatifs, et les malades accusent dans le rectum une sensation de corps étranger qui persiste après la] défécation. Celui de Tillaux se plaignait, en arrière du sacrum, d'une douleur qui l'empêchait de travailler.

Bien que le fait n'ait pas encore été signalé, il est à présumer que la compression des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs par le kyste prostatique ne peut manquer d'entraîner quelques désordres de leur côté.

Les *symptômes physiques* sont fournis par l'exploration des organes du petit bassin, faite à l'aide de la palpation abdominale, du toucher rectal et du cathétérisme de l'urèthre.

La palpation abdominale fait reconnaître dans la région hypogastrique l'existence d'une tumeur qui plonge dans le petit bassin et qui remonte plus ou moins haut au-dessus du pubis, suivant que son volume est plus ou moins considérable. Chez notre malade, la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était plutôt latérale que médiane, lisse, régulière, indolente, immobile, ferme et élastique.

Mais, de toutes les méthodes d'exploration, c'est certainement le toucher rectal qui donne les indications les plus précises, puisque dans les cas de Butruille et de Tillaux, il a permis de reconnaître l'existence du kyste qui avait été méconnue jusqu'alors. C'est l'index, en effet, qui constate à la place même de la prostate, et faisant d'ordinaire une forte saillie dans le rectum, une tumeur arrondie, régulière, sans sillons ni bosselures, le plus souvent indolente, quelquefois un peu douloureuse à la pression, et permet de percevoir la fluctuation, quand elle existe. Celle-ci était nette dans les cas de Mauxion, de Butruille et dans le nôtre ; elle faisait défaut chez les malades de Lowdell, de Millet et de Tillaux, où elle était remplacée par une élasticité, une résistance particulière. D'ailleurs elle n'est perceptible que dans certaines conditions ; elle fait défaut lorsque le kyste est petit, profond, ou lorsque ses parois sont épaisses et fortement distendues. On n'a jamais noté de frémissement hydatique.

Le toucher rectal, uni au palper abdominal, est un très bon procédé d'exploration que Nélaton avait déjà indiqué pour limiter les tumeurs prostatiques. Nous l'avons employé chez notre malade, et c'est grâce à lui que nous avons pu sentir le kyste, pour ainsi dire, entre les deux mains et constater de la façon la plus nette ses caractères physiques.

Le cathétérisme uréthral doit être pratiqué avec les plus grandes précautions, par crainte des fausses routes : il faut avoir soin de relever préalablement le siège du malade avec un coussin, et d'abaisser fortement le pavillon de la sonde entre les cuisses du malade, lorsqu'on sent le bec arrivé au niveau de la portion prostatique de l'urèthre. L'introduction de la sonde rencontre, en effet, dans la plupart des cas, la

plus grande difficulté, puisque Millet et Tillaux nous apprennent qu'il leur fut impossible de faire pénétrer dans la vessie non seulement une sonde métallique ou en gomme, mais encore une sonde molle en caoutchouc du plus petit calibre. Quoi qu'il en soit, le chirurgien sent un obstacle, franchissable ou non, qui lui indique l'existence d'une tumeur située dans la prostate. Si le cathétérisme est impossible, il serait dangereux de chercher à introduire la sonde de force à travers l'obstacle prostatique.

La *marche* des kystes hydatiques de la prostate est ordinairement lente. Au début, les troubles fonctionnels sont si peu accusés que l'affection passe inaperçue; puis, le kyste grossit lentement ou bien reste stationnaire après avoir atteint un certain volume. Cette lenteur d'évolution s'accommode avec un état de santé relatif. Mais dès que la constipation devient opiniâtre et surtout dès les premiers symptômes de rétention d'urine, les phénomènes généraux apparaissent, la santé s'altère et, peu à peu, le malade finit par présenter tous les signes de la résorption urineuse : inappétence, dyspepsie, affaiblissement, teint terreux, fièvre hectique et mort enfin dans la cachexie. Heureusement ces accidents, presque toujours conjurés à temps, entraînent rarement la meurt des malades. Celle-ci peut également survenir avec tous les symptômes de l'infiltration d'urine chez des malades atteints de rétention complète d'urine et porteurs de fausses routes consécutives à un cathétérisme maladroit.

Jamais on n'a cité d'exemples d'élimination spontanée de ces kystes par le rectum ou de la vessie, comme on l'a observé pour certains kstes hydatiques pelviens d'origine cellulaire. Chez le malade de Millet, la poche fut ouverte par une sonde métallique qu'on cherchait à introduire dans la vessie; immédiatement après la sortie du liquide, le toucher rectal fit reconnaître une dépression au niveau de la prostate, preuve indubitable que le kyste hydatique s'était développé dans la prostate elle-même.

Il est un dernier mode de terminaison de ces kystes, la suppuration, survenue chez le malade de Mauxion après

trois ponctions qui avaient donné issue au liquide hydatique ordinaire. La fièvre s'alluma, et la quatrième ponction, faite quelques jours après, amena l'expulsion d'une quantité abondante de plus épais, verdâtre et d'une grande fétidité. L'état général ne redevint meilleur que lorsque plusieurs ponctions eurent vidé entièrement le kyste.

A côté de la marche lente habituelle à ces kystes, nous signalerons la rapidité d'évolution de la tumeur que portait notre malade, puisque, en moins de six semaines, elle avait atteint le volume d'une tête d'adulte.

Comme on le voit, le *pronostic* des kystes hydatiques de la prostate n'a d'ordinaire aucune gravité : leur peu de réaction sur la santé générale et la longueur de leur durée en font des tumeurs essentiellement bénignes. Les accidents qui résultent de leur trop grand volume ou de leur inflammation, n'étant pas au-dessus des ressources de l'art, n'arrivent pas à assombrir le pronostic, bien qu'ils lui donnent, dans certains cas, une gravité relative.

La *diagnostic* de ces kystes n'est pas des plus faciles, beaucoup de tumeurs périprostatiques et prostatiques pouvant les simuler. Citons, en premier lieu, les kystes hydatiques du tissu cellulaire du petit bassin, et ensuite presque toutes les tumeurs bénignes de la prostate, en particulier l'hypertrophie, les calculs, les abcès enkystés, les dégénérescences caséeuses ou tuberculeuses, et les kystes glandulaires ou séreux.

Les *kystes hydatiques du tissu cellulaire du petit bassin* se manifestent par les mêmes symptômes fonctionnels que les tumeurs prostatiques de même nature. L'exploration physique y révèle des caractères identiques : même ordre, même régularité, même indolence, même fluctuation. Mais le cathétérisme uréthral est plus facile et ne révèle pas d'obstacle siégeant nettement dans la prostate, tandis que le toucher rectal permet de constater que leur siège n'est pas le même, ces tumeurs étant situées plus profondément, en un point plus rapproché de la paroi antérieure du rectum et se portant plutôt du côté du bas-fond de la vessie que du côté du col

vésical et de la portion prostatique de l'urèthre. La constatation de la présence de la prostate en un point situé en avant ou à côté du kyste lèverait les doutes. De plus, il est facile, après une ponction évacuatrice du kyste, de reconnaître nettement par le toucher rectal que la paroi affaissée du kyste n'est autre chose que la prostate elle-même. Cette constatation si simple et si concluante a été faite par Mauxion, par Tillaux et par nous-même.

On voit donc que si ce diagnostic différentiel est difficile, il n'est pas impossible, ainsi que le prétendent la plupart des auteurs qui, n'ayant pas été témoins de faits de cette nature, n'ont pas été à même d'apprécier la valeur des signes physiques qui permettent d'établir le siège intra-glandulaire.

L'*hypertrophie de la prostate* se traduit par les mêmes symptômes fonctionnels que les kystes hydatiques de cet organe; mais là s'arrête l'analogie de ces deux affections, car le volume moindre de la tumeur, sa consistance plus ferme, les bosselures qu'elle présente souvent, le développement fréquent du lobe moyen, enfin l'âge avancé du malade, suffisent pour faire reconnaître l'hypertrophie.

Les *calculs de la prostate* donnent lieu à des troubles analogues de la miction, mais ne déterminent aucune gêne notable dans la défécation ; par le toucher rectal, ils donnent la sensation d'une tumeur dure, bosselée, au niveau de laquelle la pression provoque une crépitation spéciale due à leur collision quand ils sont multiples, ce qui est la règle. Habituellement aussi ils donnent au cathétérisme uréthral pratiqué avec une sonde métallique la sensation particulière d'un choc, d'un frottement dur dès que le bec de la sonde arrive dans la région prostatique.

Les *abcès enkystés de la prostate*, en dehors de l'analogie des phénomènes fonctionnels, donnent également au toucher rectal la sensation d'une tumeur liquide, fluctuante, intraprostatique; aussi leur diagnostic différentiel d'avec les kystes hydatiques de la prostate est tellement difficile, que Butruille et Tillaux crurent d'abord à l'existence d'un abcès et ne reconnurent leur erreur qu'après la ponction évacuatrice. Il

est vrai que les abcès chauds sont précédés des symptômes de la prostatite aiguë, et que les abcès froids coexistent souvent avec la présence d'abcès de même nature sur d'autres parties du corps.

Les *dégénérescences caséeuses et tuberculeuses de la prostate* offrent quelques symptômes communs avec les kystes hydatiques. Les troubles urinaires et digestifs sont à peu près les mêmes; au toucher rectal, ces tumeurs sont également le siège d'une véritable fluctuation. Mais il n'est pas rare de trouver, à côté de ces points ramollis et fluctuants, de petits noyaux indurés soit sous forme d'amas volumineux, soit disséminés comme un semis de graines de plomb; de plus, les vésicules séminales sont très souvent le siège de noyaux tuberculeux semblables, ainsi que les autres parties de l'appareil génital, épididyme et cordon déférent. Les poumons sont quelquefois atteints d'un commencement de tuberculose, et l'état général est souvent celui d'un cachectique.

Restent enfin les *kystes séreux*, *glandulaires de la prostate*, encore appelés *kystes par rétention*, dont les symptômes fonctionnels et physiques sont identiques à ceux des kystes hydatiques de cet organe. Ils sont, il est vrai, dépourvus de frémissement hydatique, mais ce signe n'a pas grande valeur, puisqu'il n'a jamais été signalé dans les collections hydatiques de la prostate. Le seul moyen de diagnostic consiste dans l'examen du liquide retiré du kyste après une ponction exploratrice : l'absence de crochets ou de vésicules d'hydatides résoudra la question. De plus, ces kystes séreux ne coïncident jamais avec d'autres kystes situés dans d'autres régions, ainsi que cela s'observe fréquemment avec les kystes hydatiques de la prostate; il faudrait donc, en cas de doute, explorer minutieusement les grands viscères, la foie en particulier.

Dans le *traitement* des kystes hydatiques de la prostate, nous laisserons de côté le *traitement palliatif* de ces tumeurs, destiné à combattre les accidents qui résultent de leur trop grand volume : telle est la ponction hypogastrique, pratiquée pour vider la vessie, dans le cas de rétention complète d'urine, quand le cathétérisme est impossible.

Le *traitement curatif*, auquel il faut toujours recourir le plus tôt possible, s'attaque au kyste lui-même par la voie rectale. Deux procédés ont été employés pour en amener la guérison, la ponction et l'incision. La ponction est simple ou suivie de l'application d'un corps étranger, séton, tente de charpie, qui maintient béante l'ouverture faite avec le trocart. Or, il est à remarquer que souvent la ponction simple a suffi pour assurer la guérison; notre observation en est une nouvelle preuve. L'incision a été faite chez les malades de Tillaux et de Mallez. Elle fut suivie, dans le premier cas, d'une péritonite qui guérit en six semaines. Dans le second, les ponctions répétées ne suffirent pas à tarir un kyste hydatique suppuré de la prostate, il fallut recourir à l'incision suivie de l'application d'une sonde à demeure par laquelle on injectait chaque jour une solution phéniquée; la suppuration finit par disparaître, et un mois après la guérison, le toucher rectal montra qu'il ne restait qu'un certain degré d'induration et d'hypertrophie au niveau de la prostate.

En résumé, les faits publiés jusqu'à ce jour démontrent que la ponction simple étant inoffensive et habituellement suffisante pour assurer la guérison, il faut y recourir tout d'abord avant de donner la préférence aux autres procédés. Mais si le liquide se reproduisait, il ne faudrait pas hésiter à inciser largement le kyste et à le drainer par de nombreux lavages antiseptiques, pour en amener la guérison définitive.

DEUXIÈME LEÇON

DES SUPPURATIONS PARIÉTALES DU BASSIN ET DES FISTULES AUXQUELLES ELLES DONNENT NAISSANCE.

MESSIEURS,

Commençons, si vous le voulez bien, par définir et délimiter le sujet.

Le bassin est constitué par une ceinture osseuse, recouverte extérieurement et intérieurement de parties molles. Elle circonscrit une cavité irrégulière, ouverte en haut, fermée en bas par le périnée, et renferme la plus grande partie des organes génito-urinaires, ainsi que l'extrémité inférieure du tube digestif. Éliminant, par l'épithète « pariétales » les collections purulentes développées aux dépens du contenu, nous n'aurons à parler que de celles qui siègent dans les parois. Par ces parois « si difficiles à déterminer extérieurement » (Richet) nous entendrons toute la masse osseuse, musculeuse et cellulo-musculaire, située entre deux plans, l'un horizontal, bi-ischiatique, l'autre oblique passant par les crêtes iliaques et le pubis. La hanche y sera donc entièrement comprise. Nous étudierons également les abcès de l'aine, région qui sert de lieu de passage à bon nombre d'abcès intra pelviens.

Voici d'ailleurs le plan que nous nous proposons de suivre. Nous commencerons par rappeler quelques préliminaires anatomiques, nous traiterons ensuite :

1° Des abcès cutanés ;
2° Des abcès du tissu cellulaire sous-cutané ;
3° Des abcès des bourses séreuses ;
4° Des abcès ostéopathiques de la région trochantérienne ;
5° Des ostéo-arthrites suppurées ;
6° Des suppurations pariétales intra pelviennes;
7° Des abcès ostéopathiques sessiles ;
8° Des abcès de l'aine ;
9° Des abcès par congestion.

Dans une seconde partie nous étudierons les fistules.

Nous laissons de côté les abcès de l'anus, et les abcès urineux par lésions primitives des voies urinaires.

ANATOMIE DES PAROIS PELVIENNES.

Avant de développer le plan que nous nous sommes tracé, jetons un coup d'œil d'ensemble sur l'anatomie des parois pelviennes en prenant pour base le squelette osseux. Superficielle et aisément accessible en avant et en arrière, la ceinture osseuse du bassin est matelassée, latéralement, par trois muscles volumineux, les fessiers, dont toutes les fibres convergent, en forme d'éventail, vers le grand trochanter. La direction de ces fibres indique de suite dans quel sens il convient de faire les incisions destinées à mettre à nu les parties profondes. Ces muscles sont séparés par des aponévroses, barrières naturelles de la suppuration directe des fusées purulentes. Ces fibres musculaires et aponévrotiques permettent en outre de comprendre les points où devra se collecter le pus venant de la fosse iliaque externe, c'est-à-dire un peu au-dessus du trochanter ou à sa face externe, car il ne faut pas oublier que c'est à sa base que s'insère le grand fessier. Réciproquement, tout abcès partant du grand trochanter aura de la tendance à fuser en haut. C'est pour le même motif qu'une collection partant de l'articulation sacro-iliaque pourra venir pointer sur les confins postérieurs de la région trochantérienne.

A la face externe du grand, et, un peu, du moyen fessier existe la plus forte aponévrose, celle qui, en somme, est l'origine de l'aponévrose fémorale. Elle s'insère : en haut à la lèvre externe de la crête iliaque, en entre-croisant ses fibres avec celles du grand oblique ; en arrière sur l'aponévrose lombo-sacrée et le bord interne du grand ligament sacro-sciatique. En bas elle se continue sur la face externe de la cuisse après avoir passé sur le grand trochanter. Ce n'est qu'au-dessous de lui qu'elle contracte des adhérences avec le tendon du grand fessier et, par son intermédiaire, avec le fémur. Cette disposition explique comment certains abcès migrateurs passent sans difficulté de la région lombaire dans la région fessière, puis descendent et s'arrêtent à la région trochantérienne.

Le tissu cellulaire sous-cutané, mince en haut, est envahi en bas et en arrière par une épaisse couche de graisse. Il communique là avec celui de la grande échancrure sciatique, voie toute trouvée pour l'apparition à l'extérieur des abcès du pelvis. De plus sa libre continuité en haut avec le tissu cellulaire des lombes permet aux collections sous-aponévrotiques de cette région de descendre aisément à la fesse et de là sur la cuisse.

Il est dans la région une autre disposition intéressante. A la partie supérieure de la fosse iliaque externe et sur la région trochantérienne, le tissu cellulaire est assez lâche pour permettre à la peau de glisser sur l'aponévrose sous-jacente, qui est fort résistante ; circonstance heureuse quand l'agent vulnérant n'est pas trop puissant, mais qui favorise les décollements, les épanchements et les abcès hématiques, quand ils dépassent certaines limites.

Quant à la peau, nous en dirons peu de chose, son rôle étant insignifiant au point de vue qui nous occupe. Mince en avant, elle est fort résistante en arrière. Sa richesse lymphatique est médiocre. Les lymphatiques vont, les externes aux ganglions externes de l'aine, les internes aux gauglions correspondants.

Les vaisseaux sanguins de la région sont peu importants

et très profondément situés. Ils émergent tous du bassin par l'échancrure sciatique. La fessière remonte vers la fosse iliaque externe, et irrigue les trois fessiers en les pénétrant par leur face profonde. L'ischiatique descend et se distribue à la partie inférieure de la région. La honteuse interne ne fait qu'apparaître à la face externe du bassin. Ainsi donc pauvreté et profondeur des vaisseaux, et par là même très grande sécurité dans les larges débridements que nécessite le traitement des affections qui nous occupent.

Il en est de même des nerfs, grand et petit sciatiques, qui ne deviennent superficiels qu'au-dessous du grand fessier.

Telles sont les parties molles, de la face externe du bassin qui présentent pour nous le plus d'intérêt. Nous passerons sous silence, les muscles pelvi-trochantériens, le tenseur du fascia lata et la partie supérieure des muscles fémoraux.

Quant aux bourses muqueuses qui existent également dans la région et qui siègent au trochanter et à l'ischion, c'est à dessein que nous les avons omises, pour en faire un tableau d'ensemble.

A la région trochantérienne on découvre, au moyen d'une dissection attentive : 1° une bourse sous-cutanée, qui n'est pas constante. « Au niveau du trochanter, dit Velpeau, le tissu cellulaire se dépouille de sa graisse, prend l'aspect lamelleux et se convertit souvent en bourse séreuse » ; 2° une autre entre le tendon du grand fessier et le tendon du vaste externe ; 3° une troisième, souvent rudimentaire, entre le tendon du grand fessier et le grand trochanter ; 4° une dernière très petite, qui, d'après Sappey, est située entre le tendon du moyen fessier et le bord supérieur du grand trochanter.

A la région ischiatique, on trouve : 1° une large bourse séreuse, qui est généralement cloisonnée et imparfaite ; elle sépare le grand fessier de cet os et des muscles qui s'y attachent ; 2° une seconde bourse, naissant sur le pourtour du cartilage, faisant poulie pour le tendon de l'obturateur interne qu'elle tapisse en entier ; 3° enfin une autre très

petite, qui permet le glissement du demi-membraneux sur la tubérosité ischiatique en bas.

Mentionnons encore : 1° une bourse muqueuse séparant le tendon du grand psoas, du muscle pectiné et du petit adducteur; 2° une autre facilitant les glissements du psoas sur la tête fémorale ; elle possède comme caractère spécial de communiquer parfois avec la synoviale articulaire ; 3° une bourse accidentelle, chez les porteurs de bandage herniaire au-dessus et en arrière de l'épine iliaque postéro-supérieure.

Tout compte fait, voici donc huit bourses muqueuses, qu'on peut regarder comme constantes, à l'extérieur des parois pelviennes; si nous y ajoutons quelques bourses accidentelles, par exemple chez les tailleurs, celle qui existe à la fesse droite près du coccyx (Voy. 1 obs. du service à l'article *Fistules anales*), nous obtenons ainsi un chiffre relativement élevé. Nous verrons le rôle que jouent toutes ces séreuses dans la pathogénie des suppurations.

En dedans de la ceinture osseuse du bassin nous trouvons successivement, la cavité pelvienne étant supposée ouverte : 1° la couche péritonéo-intestinale ; cæcum et son appendice à droite; S iliaque à gauche ; rectum au milieu ; 2° la couche cellulo-adipeuse sous-péritonéale qui contient : l'artère et la veine iliaque externe et interne ; les ganglions lymphatiques iliaques externes et sacrés, ceux du méso-cæcum et du méso-rectum, l'artère spermatique ou l'utéro-ovarienne, les artères sacrées latérales et moyenne ; enfin l'uretère. Cette couche cellulo-graisseuse se continue : en haut avec l'atmosphère celluleuse qui entoure le rein, en avant avec celle qui monte derrière la paroi abdominale, en bas avec celle qui comble les échancrures sciatiques. Sorte de cavité virtuelle, elle devient aisément effective quand le pus s'y accumule et fuse par les voies que nous venons de signaler.

Tillaux, dans la deuxième édition de son *Anatomie topographique*, a parfaitement montré que dans la fosse iliaque droite l'intestin et le péritoine sont refoulés en haut lors d'accumulation de pus en ce point, laissant accessible au bistouri une surface de plusieurs centimètres.

Au-dessous des deux couches précédentes, dans les fosses iliaques, on voit une épaisse aponévrose, le fascia iliaca, qui s'insère en avant et en dehors à la crête iliaque; là elle se continue avec l'aponévrose du grand oblique et donne insertion elle-même au petit oblique, transverse et fascia transversalis; en arrière et en dedans, au détroit supérieur; en haut, elle partage les insertions du psoas (parties latérales de la colonne lombaire); tout à fait à son extrémité supérieure elle s'insère sur l'arcade du psoas; en bas elle se prolonge en dehors du bassin jusqu'au petit trochanter. A son passage elle adhère fortement à la moitié externe de l'arcade crurale : de sorte que, dit Velpeau, dans le t. III de ses *Cliniques chirurgicales*, elle forme une lame fibreuse étendue du ligament de Fallope au diaphragme. Considéré dans ses rapports avec l'os iliaque la colonne lombaire et le fémur, le fascia iliaca forme un véritable canal ostéo-fibreux, ayant vaguement la forme d'un bonnet de coton, étant données ses deux extrémités effilées. Ce canal iliaque, trajet habituel des abcès ostéopathiques lombaires, renferme le psoas iliaque traversé lui-même par les nerfs fémoro-cutané, génito-crural et crural, d'où les irradiations douloureuses qui apparaissent dans les inflammations de la région. Le psoas, grâce à la finesse de ses fibres, grâce surtout au tissu cellulaire, peu abondant c'est vrai, mais très fin et très lâche qui entoure ses faisceaux et sa masse entière, est un aliment facile aux processus pyogéniques. Ses fonctions (flexion de la cuisse ou du tronc et rotation de la cuisse en dehors) sont alors compromises. Il en résulte des attitudes vicieuses que nous aurons à signaler.

Avant d'arriver au squelette pelvien, énumérons rapidement les différents plans des deux autres parties dont il nous reste à parler : l'aine et le périnée.

L'aine, région délimitée par : « une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure au grand trochanter, en dehors; une ligne horizontale continuant le pli fessier sur la surface antérieure de la cuisse, en bas; l'arcade crurale, en haut » Tillaux), présente les couches suivantes : 1° la peau, riche en

glandes sudoripares qui peuvent devenir le siège d'abcès tubéreux ; 2° la couche graisseuse sous-cutanée, dans laquelle sont les troncs et ganglions lymphatiques superficiels, la veine saphène interne à sa terminaison ; 3° le feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale perforé au niveau de la fosse ovale, d'où le nom de fascia cribriformis ; 4° les muscles couturier et moyen adducteur : entre ces deux muscles, formant les limites du triangle de Scarpa, l'artère et la veine fémorales ; 5° le feuillet profond de l'aponévrose fémorale ; 6° le psoas et le nerf crural, tous deux renfermés dans l'extrémité inférieurė du canal iliaque ; le pectiné, le droit interne, les petits et grand adducteurs. Ces différents muscles forment une sorte de rideau derrière lequel le pus des abcès pulviens peut fuser, d'où son apparition à la région trochantérienne, après avoir décollé toutefois les insertions supérieures du grand adducteur quand il s'est glissé entre lui et le moyen, ce qui doit être le cas habituel (Voy. obs. IX et X du chap. *Fistules pelviennes*) ; 7° l'articulation coxo-fémorale, séparée du psoas par une bourse muqueuse qui communique parfois avec elle.

Ajoutons que le canal crural est tout entier dans l'aine et que le canal inguinal y débouche.

Le périnée ou plancher pelvien présente, de la superficie vers la profondeur, chez l'homme : 1° la peau avec un raphé médian ; 2° le fascia superficialis avec un peu de graisse ; d'après Sappey il n'y aurait pas de fascia cellulo-graisseux, tout au moins sur la partie médiane, mais un plan musculaire. Mais latéralement, le fascia confine à la masse graisseuse de la fosse ischio-rectale, d'où l'apparition rapide des abcès, primitifs ou consécutifs, de cette fosse au périnée ; 3° l'aponévrose superficielle naissant sur le bord postérieur du ligament de Carcassonne et se prolongeant sur la verge ; 4° l'aponévrose moyenne obturant l'ogive pubienne et contenant entre ses deux feuillets, outre le muscle de Guthrie, les vaisseaux et nerfs honteux internes, la transverse du bulbe, et les glandes de Cowper ; 5° l'aponévrose supérieure, qui n'est autre que celle du muscle releveur de l'anus qu'elle recouvre et dont elle partage les insertions, c'est-à-dire s'étend de la

périphérie pelvienne aux parties latérales de la prostate, du rectum et du raphé ano-coccygien. Ces trois aponévroses circonscrivent deux loges : l'une inférieure, contenant le bulbe et les corps caverneux, l'autre supérieure renfermant la prostate. Chez la femme, ces loges n'existent pas, et les différentes couches sont moins distinctes.

Nous voici arrivés au squelette du bassin formé par les deux os iliaques, séparés par le sacrum, terminé lui-même par le coccyx. Des amphiarthroses relient ces différentes pièces, dont le développement et la structure seuls nous intéressent. Ces deux points ont été traités d'une façon intéressante dans la dissertation inaugurale de Gouilloud sur les *Ostéites du bassin*, thèse qu'il a soutenue à Lyon en 1883.

A la naissance les trois pièces de l'os iliaque (ilium, ischion et pubis) commencent à former la cavité cotyloïde (deuxième loi de Serres ou des cavités). A douze ans s'opère la fusion entre l'ischion et le pubis, et, quelques mois plus tard, entre l'ilium et l'ischion. Trois points accessoires complètent la cavité cotyloïdienne, en même temps que se soudent entre eux les trois points principaux. A la puberté finit la première période et commence la seconde.

C'est en effet à seize ans que Béclard fixe le développement des épiphyses marginales, c'est-à-dire celles de la zone cartilagineuse periphérique de l'ilium; puis bientôt apparaissent les points secondaires. A dix-huit ans l'épiphyse étendue entre les épines iliaques antéro-supérieure et postérieure est presque complète.

Entre seize et dix-huit ans apparaissent les autres épiphyses qui sont définitivement soudées, celle de l'ichion à vingt ou vingt-deux ans chez la femme, à vingt et un ou vingt-deux chez l'homme; celles du pubis (angle et épine) à vingt ou vingt-deux ans, celle de l'épine iliaque antéro-inférieure à seize ans environ. Le développement du sacrum par 41 points d'ossification et du coccyx par 16 points ne mérite que peu d'attention. Les vertèbres sacrées s'unissent d'abord par les parties latérales; commencée à huit ou dix ans, cette fusion n'est complète qu'à dix-huit ou vingt ans. Les épiphyses

marginales latérales se soudent à dix-neuf ou vingt ans d'après Sappey, à vingt-cinq ou trente d'après A. Rambau et Ch. Renault.

Les vertèbres coccygiennes s'ossifient à cinq ans, mais elles ne sont complètement soudées entre elles qu'à vingt-cinq ou trente ans (Sappey).

En somme, deux périodes dans l'ossification pelvienne : 1° avant la puberté jusqu'à quinze ans, jusqu'à l'ossification complète de la cavité cotyloïde ; 2° de la puberté à l'âge de vingt-cinq ou trente ans.

« Deux groupes d'ostéites à syndromes cliniques dictincts, dit Gouilloud, correspondent à ces deux stades; ils diffèrent par le siège, l'évolution et les indications thérapeutiques ».

Au point de vue de sa structure, l'os iliaque présente un diploé compris entre deux tables de tissu compact. Le diploé est surtout épais au niveau des épiphyses marginales et de la cavité cotyloïde. L'orifice nourricier se trouve à quelques centimètres de la facette auriculaire sur la face externe; mentionnons aussi la minceur de l'os à la partie moyenne de la fosse iliaque; on l'a vue même perforée, naturellement, en ce point. Le sacrum est remarquable par le canal osseux dans lequel s'épanouit la queue de cheval, qui en sort par les trous sacrés antérieurs et forme le plexus sacré. Le conduit médullaire est, de plus, ouvert en arrière, au-dessus du coccyx, sur la partie médiane. C'est là qu'il est le plus superficiel. Enfin, par les trous sacrés postérieurs, il se met encore en communication avec l'extérieur. Nous verrons plus tard la conséquence de ces données anatomiques au point de vue des fusées purulentes. Abordons maintenant la première variété de suppurations.

SUPPURATIONS CUTANÉES.

Chassaignac (T. II, p. 684) décrit, sous ce nom, les abcès furonculeux ou anthracoïdes de la région fessière, il faut y ajouter ceux du périnée et de la région sacrée. Ils ont cela de particulier qu'ils sont plus fréquents et plus douloureux que

ceux qui se développent ailleurs, en raison : 1° du volume et de la profondeur des follicules sébacés ; 2° de l'épaisseur et de la densité de la couche graisseuse sous-cutanée. Un autre caractère est la rapidité de leur développement, due sans doute au pressions et aux frottements auxquels sont exposées ces régions. C'est en effet chez les cavaliers qu'on les rencontre surtout.

Du reste ce n'est qu'exceptionnellement que furoncle et anthrax s'accompagnent d'abcès proprement dits. Chassaignac cite le fait suivant :

Obs. VII. — F.., postillon, atteint précédemment d'un clou à la fesse gauche : empâtement douloureux consécutif, du volume d'un gros œuf d'oie. Pas de soulagement par les antiphlogistiques ; douze jours après le début, incision, issue de peu de pus, mais amélioration très rapide.

Au périnée, ces abcès s'accompagnent d'une gêne très considérable dans la marche, et quelquefois même de troubles du côté de la miction. Les abcès de la région sacrée viennent surtout dans le cours des maladies graves, entraînant un décubitus prolongé : fièvre typhoïde, convalescence de la variole, farcin aigu ou chronique, ecthyma, etc.

Ils sont remarquables par leur petit volume au début tout au moins, car ils peuvent s'étendre en largeur et en profondeur et rentrer dans la seconde variété que nous aurons à étudier. C'est en prévision de ces complications de suppuration circonvoisine qu'il faut ouvrir prématurément furoncles et anthrax, ces derniers surtout quand ils sont volumineux.

TROISIÈME LEÇON

SUPPURATIONS DU TISSU CELLULAIRE

Messieurs,

Ces abcès sont chauds ou froids, superficiels ou profonds. Leurs causes varient un peu suivant le siège. Ceux de la fesse sont dus, dans la majorité des cas, à des épanchements traumatiques de sang ou de sérosité; ceux du sacrum aux eschares, ou à des opérations sur l'anus, notamment la rectotomie externe ; ceux du périnée, aux opérations sur l'anus ou les voies urinaires, aux cowpérites, etc. Inutile d'insister sur l'étiologie banale : contusions, etc.

L'histoire clinique demande à être étudiée suivant la variété topographique.

§ I. — **Abcès chauds de la région fessière.**

A. Superficiels.

Voici quelques observations :

Obs. VIII. — *Coutusion de la région trochantérienne. Épanchement de sang, abcès hématique consécutif. Drainage. Guérison.* — M..., quarante-huit ans, tourneur, entre le 4 juin 1884, salle Cloquet, n° 10. (L'obs. sera publiée *in extenso* dans le chapitre des *Contusions*). Homme assez vigoureux. Contusions multiples, par le passage d'une roue de voiture, le 4 juin ; la principale siège à la région trochantérienne et à la face externe de la cuisse gauche ; vaste épanchement de sang sous-cutané. Trois ponctions avec l'aspirateur Potain sont né-

cessaires; le 5 juillet le recollement est complet, la compression aidant. A la suite d'imprudences la suppuration envahit tout ce foyer, et le 20 juillet il faut drainer l'abcès qui, contournant la racine du membre, a envahi les espaces intermusculaires des adducteurs. Lavages phéniqués, pansement Lister, compression à l'aide des éponges et d'un spica de l'aine.

Ce n'est que vers la mi-septembre que la guérison est obtenue.

Obs. IX. — *Abcès hématique de la fesse. Drainage. Guérison.* — G... (Alphonse), trente-huit ans, marchand de vins, entre le 13 février 1884. Homme très vigoureux, bonne santé habituelle, pas d'alcoolisme.

Il y a quinze jours, chute dans un escalier, douleur vive dans la fesse gauche; impossibilité de travailler le soir. Le lendemain, tuméfaction et ecchymose de la région ; néanmoins reprise du travail pendans huit jours. Alors la douleur reparaît, et des phénomènes de phlegmon suppuré se développent, s'accompagnant de fièvre.

Actuellement, 13 février, empâtement général de la fesse avec saillie globuleuse et volumineuse, au centre. A ce niveau, peau rouge, amincie; fluctuation, douleur vive, moindre cependant qu'au début.

Une longue incision est pratiquée parallèlement aux fibres du grand fessier : issue d'une grande quantité de pus mêlé à de la sérosité sanguinolente; puis on extrait, d'une vaste poche occupant toute la couche sous-cutanée de la fesse, de nombreux caillots.

Lavage à l'eau phéniquée au vingtième, drain à la commissure inférieure,suture du reste de l'ouverture. Pansement Lister.

18 *février*. — Il n'y a pas eu de suppuration; la fièvre a disparu le troisième jour. Ablation du tube.

25. — Ablation des fils métalliques, le 20 et le 22, cicatrisation complète. Exeat.

Les plaies négligées sont également une cause puissante de suppuration, comme le prouve le fait suivant :

Obs. X. — *Abcès de la fesse gauche. Incision. Guérison rapide.* — P... (Jules), quarante-six ans, emballeur, entre le 25 avril, salle Nélaton, n° 17. Il y a huit jours, plaie de la fesse gauche par une pointe; léger écoulement de sang; aucun pansement n'est mis sur la plaie. Les jours suivants, douleur, tuméfaction.

État actuel. — 25 avril, fesse gauche rouge, tuméfiée, empâtée; fluctuation en un point.

Traitement : incision assez longue, issue de pus en grande quantité.

Lavage à l'eau phéniquée forte, drainage, pansement Lister.

Amélioration très rapide; exeat au bout de huit jours, et guérison peu après.

La symptomatologie de ces abcès, on le voit par ces exemples, est assez simple. Le début dans les abcès hématiques, qui sont le type du genre qui nous occupe, survient assez longtemps après la contusion initiale et presque toujours à la suite d'imprudence, de travaux repris prématurément (5 semaines, obs. VIII). Ici l'empâtement prend des proportions considérables, la rougeur et la fluctuation apparaissent généralement assez vite.

Toutefois Chassaignac fait remarquer (1) que, par suite de la disposition des aponévroses (Voy. les préliminaires anatomiques), les abcès qui siègent sur le grand fessier tendent à pénétrer entre ses faisceaux et à dissocier ses fibres; ceux au contraire qui, situés plus en avant, reposent sur le moyen fessier, tendent à se porter vers la peau plutôt que vers les parties profondes.

Dans d'autres cas le pus se propage au loin, grâce aux larges communications du tissu sous-cutané de la fesse avec celui de la cuisse et du tissu cellulaire ischio-rectal. De Lamotte (2) a vu un de ces abcès « s'étendre de la fesse aux malléoles, dénuder le rectun, déterminer une véritable fistule, fuser à la longue entre les muscles, et emporter le malade ».

Il y a donc urgence à ouvrir ou à drainer de très bonne heure ces abcès. La variété hématique réclame un manuel opératoire un peu spécial : large incision, nettoyage parfait de la poche par le grattage ou des lavages prolongés avec des liquides antiseptiques. C'est là, en effet, que l'antiseptie est efficace et importante.

Les abcès hématiques ont une thérapeutique préventive : le traitement des épanchements sanguins, encore si discuté de nos jours. Toutefois il nous semble bon, dans l'épanchement considérable, d'évacuer le liquide par la ponction sous-cutanée.

Comme transition entre les abcès superficiels et les pro-

(1) Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 685.
(2) De Lamotte, *Traité de chirurgie*, t. I, p. 1771.

fonds, signalons ceux qui se développent primitivement dans le grand fessier.

Ils se voient spécialement dans le cours de la variole et ont alors une origine qui est presque toujours la même : les injections intermusculaires d'éther, fort en vogue ces dernières années (1).

Ces abcès durent assez longtemps, et laissent après eux, des indurations très persistantes. Ils sont généralement peu graves du reste.

B. Profonds.

Ils siègent au-dessous du grand fessier. Relativement rares, ils ont été observés pendant la puerpéralité, et sont alors dus à une inflammation intrapelvienne suppurative, qui a fusé par la grande échancrure sciatique (cas de Bernutz) (2) ; ou après des courses prolongées à cheval, des marches forcées, des chutes, une lésion ancienne de la hanche. Plus rarement, le cancer du rectum, de l'utérus ou de ses annexes (Laugier) (3).

La marche anatomique de ces collections est intéressante. Les unes, celles situées entre le moyen et le grand fessier, peuvent dissocier les faisceaux de ce muscle et pointer sous la peau ; plus fréquemment elles contournent son bord inférieur et apparaissent au pli fessier, soulevant les téguments à ce niveau. Si l'on n'ouvre pas à temps, le pus est capable de remonter vers l'épine iliaque antéro-supérieure, ou mieux de pénétrer, dans le bassin, par l'échancrure sciatique ; ou dans la gaine du psoas, après avoir gagné le petit trochanter : d'autres fois il suit le tronc du nerf sciatique et gagne la cuisse.

Les collections tout à fait profondes, en avant de l'aponévrose du moyen et petit fessier, ou même entre ces muscles

(1) Dr Bucquet, *Du traitement de la variole par la médication éthérée opiacée*. Thèse de Paris, 1883.
(2) *Dict. méd. et chir. prat.* t. XIV, p. 630.
(3) Laugier, *ibid.*

et le périoste fusent par l'échancrure sciatique, ou perforent l'os iliaque (De Lamotte) (1), à moins que ce ne soient des suppurations primitivement ostéopathiques.

Enfin, dans des cas absolument rares, le pus peut passer d'un côté à l'autre.

La symptomatologie du début des abcès profonds a une physionomie toute spéciale : point de rougeur; fluctuation souvent obscure et difficile à percevoir, demandant à être recherchée dans tous les sens, car la fluctuation musculaire peut donner le change; complètement absente, du reste, parfois, et alors seulement deux signes physiques : tuméfaction, abaissement du pli fessier : encore font-ils quelquefois défaut dans les abcès très profonds. Par contre, il est un signe habituel, qui du reste n'indique qu'une compression du sciatique par une production quelconque, c'est une névralgie avec fourmillements, picotements, sensation de brûlures et élancements le long du membre inférieur (cas de Bernutz, de Laugier et de Richet).

La pression exagère une douleur permanente, continue, profonde.

La réaction générale est violente. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que la rougeur et l'œdème rosé apparaissent. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont variables d'intensité : ordinairement les mouvements de la hanche sont très compromis et le membre inférieur reste en extension, à moins de fusées vers le psoas.

L'abcès incisé et drainé met assez longtemps à guérir (deux mois dans deux observations de Chassaignac).

Le diagnostic de ces abcès est difficile, dans certains cas au moins : on ne peut conclure que de l'ensemble des signes ; douleurs le long du sciatique, douleur locale, fluctuation profonde, obscure, frissons irréguliers. Une ponction exploratrice peut rendre ici un signalé service (cas de Chassaignac, p. 689).

En présence d'un cas de ce genre il faut passer en revue,

(1) De Lamotte, *loc. cit.*

à l'exemple de Robert (1), toutes les lésions que l'on peut rencontrer dans la hanche, le bassin, la partie supérieure de la cuisse.

a. Coxalgie ? car ici il peut y avoir irradiation douloureuse jusque dans le genou, mais alors il y a une difficulté notable des mouvements ; la période prodromique de l'abcès a été beaucoup plus longue.

b. Arthrite suppurée des articulations du bassin ? douleur en pressant à distance, notamment sur les épines iliaques, tandis qu'ici il faut presser au milieu du fessier.

c. Ostéite de l'os iliaque ? Diagnostic plus épineux, quelquefois impossible ; toutefois douleurs plus vives, phénomènes généraux plus graves.

d. Abcès dans l'épaisseur du muscle grand fessier ? Douleur vive, spécialement quand on fléchit fortement la cuisse sur le bassin, car le grand fessier se trouve alors tiraillé.

e. Psoïtis ? Lésion de la cuisse et douleur iliaque.

f. Sciatique ? Elle a les points douloureux, l'apyrexie, et l'absence de tuméfaction.

g. Abcès froids ? Longue durée, pas de symptômes généraux.

La précocité de la fluctuation différenciera les abcès superficiels des profonds.

Les circonstances antécédentes, l'exploration vaginale et rectale permettront de trouver la cause. C'est en effet sur l'étiologie que se base le pronostic.

Il est peu grave pour les abcès simples. C'est un épiphénomène mortel à brève échéance lors de cancer rectal ou utérin. Les fusées purulentes sont un élément de pronostic important.

Le traitement consiste dans l'incision avec drainage ou dans le drainage pur et simple.

Les incisions, eu égard au mode de vascularisation de la région et de l'épaisseur des tissus, seront faites avec avantage

(1) Robert, *Conf. de cliniq. chirurgicale*, p. 270, 1860.

au thermo-cautère, toujours parallèlement aux fibres du grand fessier.

Chassaignac (1) vante ici plus que partout les avantages du drainage. Les larges incisions, dit-il, constituent de grands traumatismes, non exempts de danger. Il cite un cas très probant d'abcès gangreneux guéri en vingt-cinq jours par un drainage à deux tubes.

Ce même auteur insiste sur l'utilité qu'il y a, quand on emploie le bistouri, à se servir de la sonde cannelée dans la crainte de léser les vaisseaux ou les gros troncs nerveux.

§ II. — **Abcès froids de la région fessière.**

Ils sont ostéopathiques, et alors sessiles, ou migrateurs, ou idiopathiques.

La première catégorie sera traitée dans un chapitre spécial.

Les abcès idiopathiques, c'est-à-dire ceux qui se développent dans le tissu cellulaire interlamelleux qui sépare les différents muscles de la fesse, sont peu fréquents. Chassaignac n'en a observé qu'un cas chez un peintre en porcelaine : il guérit après une seule ponction.

Leur marche est celle de tous les abcès froids.

Le drainage avec injection est le meilleur traitement des abcès profonds.

Les superficiels sont passibles du grattage.

§ III. — **Abcès du périnée.**

Nous avons déjà vu les abcès cutanés ou tubéreux ; les autres ne nous occuperont pas longtemps, notre cadre excluant les abcès d'origine urinaire et anale. Ils sont presque toujours dus à une contusion, à une blessure du périnée, plus rarement à l'inflammation des glandes de Cowper (péricowpérite).

Les abcès par contusion ont une forme en rapport avec la

(1) Chassaignac, *loc. cit.*, p. 686 et 689.

région, ils sont allongés dans le sens antéro-postérieur : les symptômes ordinaires apparaissent assez vite, et il faut intervenir de bonne heure, car la situation du malade est très pénible, forcé qu'il est de demeurer dans le décubitus dorsal, les jambes écartées. La miction et la défécation sont parfois gênées, on a noté la rétention d'urine. Souvent l'affection est bénigne, comme le montrent les onze cas recueillis dans notre service :

Obs. XI. — *Abcès du périnée. Incision. Guérison.* — B.... (Eugène), vingt-deux ans, ébéniste, entre le 28 décembre, salle Cloquet, n° 3. Nombreux antécédents héréditaires tuberculeux.

Jeune homme peu vigoureux, assez bien portant cependant; bronchite chronique depuis trois ans.

Il y a huit jours, sans causes connues, douleur sourde au périnée, et formation d'une grosseur du volume d'une noisette, qui a progressé rapidement. Souffrances vives depuis quatre jours; fièvre le soir.

A son entrée tout le périnée est envahi par une tumeur du volume d'un œuf, arrondie plutôt qu'ovalaire. Peau rosée et lisse. Pas de fluctuation à proprement parler, mais mollesse du lipome.

Traitement : cataplasme.

Trois jours après, la suppuration a lieu et le pus se collecte; incision longitudinale au bistouri; cataplasme.

29 *janvier.* — Un mois après le début, la guérison est complète.

Obs. XII. — *Abcès du périnée. Incision. Guérison rapide.* — B... (Dominique), quarante-neuf ans, charron, entre le 30 novembre 1883, salle Cloquet, n° 1. Il y a dix jours, il s'est lourdement assis sur un morceau de bois. Quatre jours après, élancements et douleurs au périnée, formation d'une tumeur qui atteignait rapidement le volume d'un œuf de poule. Fièvre.

État actuel. — La tumeur à grand diamètre antéro-postérieur a le même volume ; peau rouge et tendue ; fluctuation centrale. Toucher rectal négatif. Incision avec le bistouri ; mèche enduite de vaseline entre les lèvres de la plaie.

13 *décembre.* — Guérison ; exeat.

Obs. XIII. — *Abcès de la glande bulbo-uréthrale. Incision. Guérison.* — Tissolet, vingt-sept ans, ciseleur, entre le 24 avril 1883, salle Nélaton. Excellente santé habituelle. Blennorrhagie en 1879, durée plusieurs mois.

Il y a trois semaines, sans causes apparentes, formation d'une petite grosseur, du volume d'un pois, au périnée. Accroissement rapide ; vives douleurs au bout de cinq à six jours.

Actuellement, à 2 centimètres et demi en avant de l'anus, presque sur la ligne médiane, est une tumeur de la grosseur d'un œuf, fluctuante, recouverte d'une peau amincie; œdème au pourtour ; douleurs lancinantes. Défécation et miction faciles quoique pénibles.

Incision : issue d'une quantité notable de pus.

5 *mai.* — Cicatrisation complète; dès le 27 avril toute douleur avait cessé.

Obs. XIV. — *Abcès de la glande de Cowper, de cause inconnue. Incision. Guérison.* — S... (Anatole), vingt et un ans, serrurier, entre le 14 décembre 1883, salle Cloquet, n° 75. Rougeole dans l'enfance, fièvre typhoïde il y a deux ans, rien autre chose.

Il y a huit jours, sans causes connues, sans écoulement blennorrhagique, douleur au périnée, sourde d'abord, puis aiguë au point que la marche devint impossible. En même temps tuméfaction de la région. Fièvre assez forte.

Actuellement, à gauche du raphé à 3 centimètres en arrière des bourses, est une tuméfaction du volume d'un gros œuf de poule, recouverte d'une peau rouge et luisante ; fluctuation manifeste.

Miction facile.

Incision au bistouri : pus abondant et fétide ; lavage phéniqué, drain et pansement phéniqué.

20 *décembre.* — Amélioration rapide après l'ouverture ; aujourd'hui ablation du drain. Exeat.

Obs. XV. — *Abcès de la glande de Cowper survenu pour la seconde fois chez un blennorrhagique invétéré.* — Blacheux, vingt-huit ans, marchand ambulant, entre le 14 décembre 1883, salle Cloquet, n° 81 *bis.* Bonne santé habituelle, à part plusieurs blennorrhagies et un abcès périnéal, au cours de l'avant-dernière, il y a deux ans. L'abcès, incisé, guérit en deux semaines.

Il y a quinze jours, alors qu'il coulait encore, formation d'une tuméfaction douloureuse au périnée ; depuis trois jours, il souffre davantage.

État actuel. — A gauche du raphé, à 2 centimètres des bourses, tumeur du volume d'un œuf de poule, fluctuante avec peau luisante et amincie.

Incision et pansement phéniqué.

19 *décembre.* — Cicatrisation presque complète. Exeat.

Obs. XVI. — *Abcès périnéal de cause inconnue. Incision. Guérison.* — D... (Nicolas), quarante-huit ans, tailleur de pierres, entre le 17 avril 1883, salle Nélaton, n° 21. Homme vigoureux n'ayant eu qu'une fluxion de poitrine à trente ans et deux blennorrhagies de vingt à vingt-cinq ans.

Il y a quinze jours, apparition au périnée d'une tumeur acuminée qui, au bout de trois jours, s'entoura d'une zone inflammatoire; dou-

leurs vives, surtout dans la défécation et la marche. A son entrée, la tumeur a le volume d'une mandarine, située à gauche du raphé; peau rouge, chaude, amincie. Fluctuation assez franche. Miction un peu difficile. Fièvre. Des cataplasmes sont prescrits.

22 *avril.* — Incision : issue de pus fétide, mèche et pansement phéniqué.

7 *mai.* — Guérison. Exeat.

Obs. XVII. — *Abcès périnéal par contusion.* — L... (Charles), trente-huit ans, charretier, entre le 3 janvier 1883, salle Saint-Augustin, n° 81. Pas d'antécédents morbides, mais alcoolisme invétéré.

Il y a quinze jours, chute de sa voiture, contusion du périnée. Huit jours après, formation d'un abcès qui aujourd'hui a le volume d'un œuf de poule. Rien du côté de l'urèthre.

Incision de l'abcès : l'exploration digitale ne fait reconnaître aucune nodosité pouvant faire croire à une lésion uréthrale. Drain double; pansement Lister.

19 *janvier.* — Guérison parfaite. Exeat.

Obs. XVIII. — *Abcès tubéreux du périnée. Ouverture spontanée. Guérison rapide.* — Dem. (Ernest), quarante-trois ans, journalier, 12 juillet 1883 (externe). Une de ses sœurs est morte de rhumatisme.

A eu lui-même plusieurs attaques de cette affection, et, à vingt-trois ans, un abcès du scrotum; alcoolisme. Pas de blennorrhagie récente. Le 9 juillet, douleur et tuméfaction au périnée, avec fièvre intense, frissons, anorexie, etc.

12 *juillet.* — Tumeur périnéale, du volume d'un petit œuf; ouverture spontanée ce matin; issue de pus, mais pas d'urine; c'est en somme un abcès superficiel.

15. — Grâce à des lavages phéniqués, la cavité de l'abcès, détergée, s'est comblée. Cicatrisation presque complète.

Parmi ces onze observations, il y en a cinq dont le point de départ paraît avoir été la glande bulbo-uréthrale ou glande de Cowper. De la glande, l'abcès s'est propagé à l'atmosphère celluleuse environnante. C'est cette variété que nous prendrons comme type de notre description. Dans les observations XII et XVII, le point de départ primitif est le tissu cellulaire qui a été contusionné, rien de plus net.

Chose curieuse, il n'y a qu'un de nos malades chez lequel on puisse incriminer positivement la blennorrhagie. Peut-être la phlegmasie glandulaire avait-elle fait cesser temporairement un écoulement que le malade avait intérêt à cacher :

aussi encore une fois, nous prendrons comme type de l'abcès périnéal la cowpérite blennorrhagique, cette complication qui a été si bien étudiée par le professeur Fournier (1).

Signalée depuis longtemps par J.-L. Petit, Littré, Morgagni, etc., elle était prise pour l'une des origines de l'écoulement blennorrhagique. Ricord a de nouveau attiré l'attention sur elle dans une série de leçons publiées par Gubler. La phlegmasie apparaît vers le troisième ou le quatrième septénaire, après des excitations du canal ou spontanément. Elle est uni ou bilatérale. Il y a d'abord une petite grosseur, douloureuse, du volume d'un haricot, puis une tuméfaction diffuse l'englobe : celle-ci augmente elle-même et se limite, en formant relief, en dedans au raphé, en dehors à la racine du membre, en avant au scrotum, en arrière au muscle transverse. La peau, indemne et mobile d'abord, se prend, et si l'on intervient pas, l'abcès s'ouvre à l'extérieur.

Un stylet introduit dénote des loges multiples, ce qui s'accorde avec son siège présumé dans une glande à lobules multiples (Ricord).

Les phénomènes généraux, communs à tous les abcès, s'amendent, et la guérison survient rapidement.

D'autres fois, mais bien plus rarement, ouverture dans l'urèthre, d'où infiltration d'urine possible : exceptionnellement des deux côtés à la fois. Enfin fusées parfois à la périphérie. Comme troubles fonctionnels : douleurs à la miction, dysurie, rétention d'urine sont choses fréquentes.

La *marche* de cet abcès est rapide : un septenaire suffit pour sa formation : après l'ouverture la guérison survient assez promptement.

Le *diagnostic* de la cowpérite est assez facile au début : cette petite tumeur latérale, arrondie, survenant dans le cours de la blennorhagie, est caractéristique : plus tard, quand il s'y joint une infiltration phlegmoneuse périphérique, c'est plus difficile, toutefois on pourra y retrouver encore les trois signes pathognomoniques : « tumeur phlegmoneuse, adhérant

(1) Fournier, *Dict. méd. et chir. prat.*, art. BLENNORRHAGIE, p. 195.

au bulbe, limitée d'abord au point occupé par les glandes de Méry et n'ayant originairement aucune communication appréciable avec l'urèthre. » (Gubler cité par Fournier.)

Une troisième variété de suppuration périnéale est l'abcès périuréthral, survenant dans le cours de blennorrhagies aiguës ou récentes (Fournier), anciennes au contraire (Robert).

Le début est insidieux : une douleur fixe en un point circonscrit, médian ; cette fois formation d'un petit durillon qui augmente, puis se ramollit. Il s'accompagne de troubles fonctionnels, phénomènes de rétrécissement uréthral. L'ouverture spontanée de l'abcès peut se faire de trois façons différentes, comme à dessein. Ordinairement c'est à l'extérieur, et la guérison est très rapide. Rien de plus simple en somme que d'établir à laquelle des trois cavités on a affaire. Toutefois il faut, en présence d'un cas de ce genre, songer :

1° Aux infiltrations d'urine, précédées de signes de rétrécissement, accompagnées d'une sensation de déchirure suivie d'une tuméfaction très rapide;

2° A la poche urineuse, reconnaissable à sa réductibilité, à son indolence;

3° A l'orchite périnéale, que dénonce une monorchidie;

4° Aux abcès périanaux ; ils sont à la marge de l'anus, latéralement le plus souvent.

Quant aux tumeurs gommeuses dont parle Gubler, qui a pu en citer un cas, c'est une curiosité pathologique absolument exceptionnelle.

Le *pronostic* des abcès périnéaux est favorable en thèse générale. Toutefois il y a parfois lieu de craindre une infiltration urineuse consécutive et une fistule urinaire.

Le *traitement* est le même pour tous : incision de bonne heure, et même prématurément, et lavages antiseptiques.

QUATRIÈME LEÇON

HYGROMAS SUPPURÉS DES RÉGIONS PELVIENNES

MESSIEURS,

Nous aurons à étudier ceux des bourses trochantériennes, ischiatiques, iliaque postérieure, et enfin des bourses du psoas.

Ces suppurations surviennent principalement chez les personnes qui se trouvent dans un état qui prédispose à la suppuration, tel que la puerpéralité, ou qui sont déjà atteintes d'un hygroma simple.

Des marches forcées, l'intervention chirurgicale dans les hygromas sont les causes occasionnelles les plus fréquentes.

§ I. — **Abcès des bourses trochantériennes.**

A. BOURSE SOUS-CUTANÉE.

Plus rares que les abcès profonds, ils reconnaîtraient surtout pour cause, d'après Chassaignac (1), une hématocèle traumatique.

Voici, d'après le même auteur (2), les caractères différentiels entre les deux hygromas :

1° Dans l'hygroma sous-cutané, l'épanchement représente

(1) Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 670.
(2) Chassaignac, *Archiv. méd.*, avril et juillet 1853.

un large ovale dont le grand diamètre est dans le sens de la longueur du membre. Dans le sous-aponévrotique, l'ellipse, quoique dirigée dans le même sens, est beaucoup plus étroite et plus allongée;

2° Augmentation plus rapide du contenu dans la bourse superficielle, qui n'a pas de parois aussi bien maintenues;

3° Dépression en coup de hache sur le bord postérieur de la région trochantérienne dans l'hygroma profond récent;

4° Saillie beaucoup plus considérable de l'hygroma profond dans la flexion de la cuisse;

5° Fluctuation franche dans l'hygroma superficiel.

La circonscription de la collection et son siège sont les meilleurs éléments de diagnostic avec les collections voisines, également sous-cutanées.

Le *pronostic* est celui de tous les hygromas éloignés d'organes importants, c'est-à-dire qu'il est benin.

La guérison est aisément obtenue par le traitement habituel des hygromas : ponction et injection iodée, drainage, etc. Chassaignac insiste, avec raison, sur l'ouverture de très bonne heure.

B. Hygroma suppuré sous-aponévrotique.

Cette variété a été le sujet de la thèse inaugurale du Dr Vacherie (Paris, 1872). Chassaignac en publie quatre cas dans son traité de la suppuration : Teale, Robert, Macnab, Cruveilhier, en ont signalé quelques observations.

L'*étiologie* de cette affection est presque exclusivement banale, c'est celle de tous les hygromas. Signalons toutefois : 1° l'hématocèle de cette bourse, peut-être plus fréquente qu'ailleurs (Obs. de Robert); 2° des marches forcées.

Les *symptômes* varient suivant la forme clinique ; il y a deux modes de début : l'un insidieux et lent : douleurs vagues, par accès, avec gêne dans la marche et gonflement; leur disparition ou, au moins, leur diminution par le repos, puis leur réapparition et leur installation définitive. Dans

l'hygroma d'origine traumatique la marche est plus aiguë et s'accompagne des phénomènes ordinaires de la suppuration.

Voici les caractères de l'affection constituée : tumeur elliptique à grand diamètre vertical, limitée ou allant de la crête iliaque au pli fessier; mal définie en haut, plus nette en bas, avec dépression en coup de hache en arrière, recouverte d'une peau qui n'est rouge que dans les cas très aigus. Elle est particulièrement saillante dans la flexion de la cuisse. La fluctuation est fort obscure et la sensibilité très variable.

Les troubles fonctionnels sont en partie ceux de la coxalgie : claudication et quelquefois impossibilité de marcher; allongement apparent du membre, et légère flexion avec adduction de la cuisse.

Les symptômes généraux sont ceux de toute suppuration.

La marche de l'affection est généralement assez lente : tous ces symptômes persistent quelque temps avec des rémissions passagères, puis, si l'on n'intervient pas, la peau rougit, s'amincit en un point, et se perfore; il en résulte une fistule que nous aurons à étudier plus tard. D'autres fois le pus fuse le long de la cuisse, ou en haut et apparaît en un point plus ou moins éloigné.

D'autres fois, après une amélioration passagère consécutive à l'ouverture, il survient des symptômes de septicémie, et la mort peut clore la scène, comme le prouve cette observation empruntée au Traité de la Suppuration de Chassaignac (p. 675).

Obs. XIX. — *Hygroma suppuré. Ouverture. Mort* (Résumé). — Homme de cinquante et un ans. Début de l'affection cinq mois avant, par une petite grosseur au niveau du grand trochanter, mais qui actuellement n'a pas moins de 24 centimètres de long, débordant un peu la crête iliaque en haut et le pli fessier en bas : fluctuation manifeste.

Impossibilité de vider la poche par une canule : large incision, issue d'un litre de pus : elle permet de voir que c'est bien un hygroma suppuré avec une cavité anfractueuse : cloisonnée par des brides, tapissée de fausses membranes, et dont les parois présentent en un point une consistance cartilagineuse.

Badigeonnage à la teinture d'iode, suture complète.

Le troisième jour, symptômes de réaction générale, puis phénomènes de septicémie et mort le dixième jour.

A l'autopsie ; fusées purulentes dans toute la cuisse.

L'hygroma sous-aponévrotique suppuré peut présenter des lésions anatomiques intéressantes. Il est capable de contenir jusqu'à 1000 grammes de liquide (1 cas de Chassaignac); sa cavité est généralement anfractueuse et présente souvent un diverticule contournant le trochanter et se portant en arrière vers les adducteurs : un autre prolongement se fait aussi aisément vert la crête iliaque, c'est que, si elle est puissamment bridée en dehors, en ces deux points, au contraire, la paroi est relativement faible.

D'épaisses fausses membranes tapissent ordinairement les parois, ce qui, comme le fait remarquer Chassaignac (1), au point de vue du traitement, constitue une différence des plus importantes entre l'abcès sous-aponévrotique et l'abcès sous-cutané, qui en est dépourvu, presque toujours du moins.

L'analogie des bourses sous-aponévrotiques avec les séreuses viscérales explique la présence de fausses membranes dans la phlegmasie des unes et des autres. Quand on tarde à intervenir, le pus fuse dans différentes directions, car ici comme dans les autres bourses séreuses, la communication se fait aisément avec le tissu cellulaire. Est-ce par perméabilité, rupture ou ulcérations des parois ? peu importe, le fait important, c'est la tendance à la diffusion.

Au lieu de se porter en haut ou en bas, le pus peut faire irruption dans la bourse sous-cutanée et de là à l'extérieur. On a ainsi l'abcès en bouton de chemise. L'orifice intermédiaire est parfois difficile à trouver. Enfin une fistule fait habituellement suite à l'ouverture spontanée ; nous l'étudierons plus tard.

Le *pronostic* de l'abcès de la bourse sous-aponévrotique est généralement favorable. Toutefois c'est une affection longue, parfois mortelle par ses accidents septicémiques, et

(1) Chassaignac, *Dict. encycl.*, art. BOURSES SÉREUSES, p. 375.

qui, abandonnée à elle-même, guérit rarement, car elle laisse après elle une fistule intarissable, peu gênante néanmoins. Même bien traitée, elle disparaît lentement, les mouvements du grand fessier empêchant le recollement rapide.

Le *diagnostic* nécessite une triple distinction : cas aigus, cas chroniques, état fistuleux.

A. Cas aigus. Il faut songer :

1° Au phlegmon sous-cutané? Mais alors l'inflammation est diffuse, la peau est rouge immédiatement : l'empâtement est superficiel, mal limité, la fluctuation est absente;

2° A l'abcès sous-cutané? Il est précédé des phénomènes de phegmon superficiel sus-indiqués; marche plus rapide, fluctuation infiniment plus franche; enfin il n'est pas bridé, comprimé dans l'adduction de la jambe avec extension et rotation en dedans;

3° A l'abcès de la bourse séreuse sous-cutanée; les deux bourses séreuses, superposées, peuvent en effet s'enflammer sous des influences identiques. Chassaignac (1), nous l'avons vu à l'article HYGROMA SUPERFICIEL, les différencie d'une façon très nette;

4° A l'inflammation du tissu cellulaire sous-fessier, c'est principalement le siège maximum des phénomènes qui permet d'établir le diagnostic, comme le prouve ce fait de Robert (2):

OBS. XX. — Jeune fille de seize ans, couturière, astreinte à de longues courses, souffre depuis quelques jours de la hanche : elle est envoyée avec le diagnostic coxalgie au début; c'est qu'en effet les mouvements de la cuisse sont gênés, moins cependant que dans l'arthrocace. De plus, comme il y a extension de la cuisse sur le bassin, et que le maximum de douleur est en arrière du trochanter, Robert conclut à une phlegmasie du tissu cellulaire sous-fessier, et de fait, des révulsifs amènent la guérison en cinq à six semaines.

Quant à la fluctuation, elle peut n'être pas perceptible; si elle l'est, c'est uniquement par son siège que l'on pourra dire

(1) Chassaignac, *Archiv. méd.*, 1853, t. II, p. 61.
(2) Robert, *Conf. de cliniq. chirurg.*, 1860, p. 270.

si elle appartient à un abcès sous-fessier ou à un abcès de la bourse sous-trochantérienne.

B. Les suppurations chroniques de cet organe peuvent être confondues : 1° avec un hygroma simple de la bourse superficielle; 2° son propre hygroma simple; 3° un abcès ostéopathique du grand trochanter; 4° un abcès de coxalgie ou de la fosse iliaque; 5° un hygroma de la bourse ischiatique :

1° Hygroma simple sous-cutané : signes de superficialité que nous avons indiqués, et par-dessus tout la transparence (Chassaignac);

2° Hygroma simple de la bourse sous-aponévrose; indolence, longue durée;

3° Abcès ostéopathique du grand trochanter. Marche plus lente, douleur fixe, persistante, exagérée par la pression en un point très limité, plus violente la nuit; antécédents héréditaires ou personnels tuberculeux ou scrofuleux, phénomènes concomitants de la même affection.

Du reste, il est des cas où les deux ordres de lésions coexistent, l'une ayant engendré l'autre;

4° Abcès symptomatique d'une coxalgie. Au début il y avait tous les signes de la coxalgie; collection purulente, tardive, rarement située exactement à la région de la bourse muqueuse, symptômes de la coxalgie confirmée; raideur articulaire, déviation du membre inférieur et du bassin, difficulté de la marche ou même son impossibilité absolue. Or, dans l'abcès de la bourse muqueuse, mouvements articulaires souvent absolument indemnes, situation normale du membre, du moins, seulement légère flexion, marche aisée.

Malheureusement ces données font parfois défaut, et Vacherie cite dans sa thèse trois observations empruntées au journal anglais *The Lancet* d'octobre et de novembre 1870 et publiées sous ce titre : De la simulation de la coxalgie par la suppuration de la bourse séreuse trochantérienne.

D'après ces observations, on voit que coxalgie et hygroma trochantérien suppuré ont des symptômes communs et des

symptômes propres. Dans les deux cas on trouve parfois : raideur ou immobilité coxo-fémorale, douleur au niveau de cette articulation, flexion de la cuisse avec adduction, allongement apparent et même amaigrissement.

Voici les caractères propres à l'abcès : pas de gonalgie, douleur articulaire moindre, et, quand elle existe, elle n'est pas provoquée en pressant sur les surfaces articulaires : le chloroforme fait disparaître la raideur (contracture des pelvi-trochantériens).

5° Abcès des bourses muqueuses ischiatiques : siège tout différent, pas de symptômes de contracture des muscles s'insérant au trochanter ;

6° Abcès ostéopathique migrateur ; a rarement ce siège, toutefois nous en citerons un cas à l'étude de ces abcès : signes de lésions osseuses ;

7° Hygroma suppuré de la bourse iliaque postérieure? siège différent.

C. Hygroma suppuré, fistuleux. Nous renvoyons à la seconde partie de notre travail.

Le *traitement* chirurgical de l'abcès de la bourse trochantérienne sous-aponévrotique s'impose de suite, et la temporisation est encore moins de mise que pour l'abcès sous-cutané.

Il n'y a qu'une méthode, l'ouverture, et deux procédés, l'ouverture large ou le drainage simple.

Dans le drainage simple, le tube est placé verticalement à l'aide d'un long trocart courbe; on pratique ensuite des injections détersives et antiseptiques. Ce traitement convient surtout aux abcès chauds.

L'incision que l'on doit faire de préférence au thermocautère, parallèlement à l'axe trochantérien, demande à être longue. Chassaignac la veut même sur toute l'étendue de la poche. C'est en effet utile pour les vastes abcès à parois anfractueuses.

Le contenu évacué, on peut gratter les parois avec la curette de Volckmann, laver à l'eau phéniquée forte, ou au chlorure de zinc au dixième, puis, après avoir placé un

drain vertical volumineux, suturer la partie moyenne tout au moins.

En traitant des fistules, nous donnerons une observation de réunion partielle, et Reclus (1) a publié des cas du même genre; la condition *sine qua non* est une section rapide avec un couteau à peine rouge.

Au lieu de gratter, certains chirurgiens cautérisent au thermo-cautère toute la surface de la cavité muqueuse, afin d'en favoriser l'élimination, et par là même le recollement. D'autres (Chassaignac, obs. DCCX) la badigeonnent avec de la teinture d'iode. Ce même chirurgien bourrait la cavité avec de la charpie sèche. Nous préférons l'incision avec grattage et réunion partielle, si c'est possible.

Le pansement Lister et la compression à l'aide d'éponges, de ouate et d'un spica, sont les compléments presque obligés de la méthode.

§ II. — **Hygromas suppurés des bourses ischiatiques.**

Ce sont les plus rares.

Fournier (2) en a signalé dans le cours de la blennorrhagie. Chassaignac (3) en cite un exemple que nous résumerons en quelques mots.

Obs. XXI. — Homme de cinquante-deux ans, peintre en bâtiments, qui s'était fracture deux fois la cuisse et luxé le fémur en haut. Guérison avec persistance de la luxation.

Il vit alors se former une grosseur douloureuse, du volume d'un petit œuf de poule, à la fesse correspondante. Ponction avec une lancette, de peur, dit Chassaignac, de tomber avec le trocart sur l'ischion : issue de sérosité rougeâtre; injection d'iode; inflammation; résorption très lente, car le recollement ne survint qu'au bout de deux mois et demi.

En somme c'est surtout le siège qui permet d'établir le diagnostic. Du reste, ces hygromas n'ont de spécial que la

(1) Reclus, *Gaz. hebd.*, p. 382 et 275.
(2) Fournier, *Dict. méd. et chir. prat.*, art. Blennorrhagie.
(3) Chassaignac, *Archiv. méd.*, 1853, t. II, p. 57.

situation, ils sont passibles des mêmes complications que les trochantériens.

Ici les fusées purulentes peuvent se faire dans la fosse ischio-rectale. Nous avons en ce moment dans la salle Nélaton un malade dont je vous reparlerai dans la leçon sur les fistules (obs. LVIII), mais comme il nous paraît être un cas de ce genre, voici en deux mots son histoire :

Obs. XXII. — Mas, cocher de fiacre, salle Nélaton, n° 35. Depuis deux ans, sensation douloureuse au niveau de l'ischion droit, quand il restait longtemps assis. Formation d'une petite grosseur, qui s'ouvrit d'elle-même et contenait du pus : une fistule persista, pour laquelle on fut obligé de débrider largement la fosse ichio-rectale, car le trajet fistuleux s'étendait jusqu'au haut : l'ischion ne parut dénudé en aucun point.

Il s'agissait très probablement ici d'un hygroma de l'ischion (longue durée, le malade était cocher de fiacre), qui s'était enflammé, et avait fusé dans la fosse ichio-rectale.

§ III. — **Hygroma suppuré de la bourse sous-cutanée iliaque postérieure.**

L'hygroma de cette bourse est dû habituellement au port d'un bandage herniaire ; les causes de la suppuration sont les mêmes qu'ailleurs. C'est encore Chaissaignac (1) qui nous en fournira un bel exemple :

Obs. XXIII. — Femme de vingt-cinq ans, portant un bandage crural gauche depuis son enfance : apparition d'une tumeur un peu au-dessus de la fesse droite, il y a huit mois. Elle a maintenant tous les signes d'une tumeur liquide du volume d'une tête d'adulte.

Diagnostic : abcès froid, quoiqu'on ne trouvât aucun signe de lésion osseuse. Ponction : issue de 1,500 grammes de liquide citrin : injection iodée aux deux tiers : compression. Quinze jours après, reproduction du liquide, et au bout de trois semaines, nouvelle ponction et injection. Liquide louche cette fois : violente inflammation consécutive qui nécessite l'ouverture large de la poche pleine d'un pus fétide.

Guérison parfaite deux mois et demi après la première ponction.

(1) Chassaignac, *Archiv. méd.*, 1853, t. II, p. 53.

Cet exemple montre donc la cause d'un de ces hygromas, sa suppuration, l'affection avec laquelle on peut le mieux le confondre (l'abcès froid, dont la non transparence, que Chassaignac avoue n'avoir pas recherchée, est un des meilleurs éléments de diaguostic), enfin le traitement.

Inutile donc d'insister.

CINQUIÈME LEÇON

ABCÈS TROCHANTÉRIENS OSTÉOPATHIQUES

Messieurs,

Ces abcès sont sessiles ou migrateurs.

A plus tard l'étude de ceux-ci, voyons d'abord ceux-là. Encore parmi les abcès sessiles remettrons-nous à un autre article ceux qui sont symptomatiques d'une inflammation suppurative des parties qui environnent l'articulation.

Les *causes immédiates* sont par là même fort précises, c'est la carie, la nécrose, ou la tuberculose du grand trochanter. Il s'en suit que tout ce qui prédispose à ces maladies sera la cause première. Un traumatisme (coup, chute) est souvent à l'aurore de ces suppurations. La jeunesse est leur âge privilégié, sans doute parce que c'est l'époque de formation de l'épiphyse trochantérienne. Une inflammation prolongée de la bourse sous-aponévrotique peut également altérer l'os à la longue. Mais il nous semble, avec Chassaignac, que Pétrequin a injustement accusé de ce méfait la bourse sous-cutanée.

La *symptomatologie* de ces abcès, comme on le conçoit, ne diffère pas sensiblement de celle des hygromas suppurés de la région. Ils sont aigus ou chroniques, avec symptômes généraux graves dans le premier cas.

Le plus ordinairement l'abcès est froid, et après une periode plus ou moins longue pendant laquelle la douleur seule

existe, on voit se former une tumeur dont les caractères diffèrent un peu suivant qu'elle est sous-aponévrotique ou sous-cutanée.

La tumeur sous-aponévrotique est oblongue, à grand diamètre dirigé suivant l'axe de la cuisse. Chassaignac (1) fait remarquer avec justesse que la voussure s'exagère dans la flexion et s'aplatit dans l'extension. Le fascia lata est l'agent de ces changements de forme. La fluctuation y est obscure, la pression détermine une douleur sourde, modérée. C'est là en somme la première phase de l'abcès. Elle peut durer assez longtemps. Parfois, par un traitement approprié, le pus se résorbe. Le plus habituellement il tend à se faire jour suivant les mêmes voies que pour les abcès de la bourse muqueuse.

1° Directement en dehors. Il devient sous-cutané. Au lieu de rester circonscrit, le pus s'étale et la tumeur s'aplatit. Finalement la peau se perfore, et une fistule est constituée.

2° En arrière vers le petit trochanter, et, de là, le pus peut se porter, le long de la gaîne du psoas, dans la fosse iliaque interne. Citons une observation tirée de notre service.

Obs. XXIV. — *Abcès ostéopathique de la région trochantérienne avec fusée dans la gaine du psoas.* — Sch. (Théodore), seize ans, journalier, entre le 15 octobre 1883, salle Cloquet, n° 11. Mauvaise santé habituelle : pas de maladies sérieuses jusqu'à aujourd'hui.

Début il y a un mois, en apparence, par un empâtement au niveau du canal crural droit : puis douleur en ce point, et enfin tuméfaction de la région fessière.

Actuellement augmentation énorme du volume de toute la hanche, fluctuation profonde. Dans la fosse iliaque correspondante, à la partie inférieure, empâtement, mais il ne semble pas qu'il y ait de pus collecté.

La marche est fort difficile, par suite de l'immobilisation de la hanche.

Pas de lésions vertébrales, rien aux poumons. Une ponction exploratrice, amenant du pus, vérifie le diagnostic, abcès froid.

9 *décembre.* — Incision du bistouri, de 6 centimètres, à la région trochantérienne : issue d'un litre de pus granuleux. Le doigt par

(1) Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 688.

cette ouverture trouve plusieurs loges communiquant entre elles et constate une dénudation du grand trochanter.

Lavage à l'eau phéniquée forte, deux gros drains sont placés.

A la fin de décembre le malade allait beaucoup mieux, mais la suppuration était encore abondante.

C'est là un cas rare, voici deux autres observations plus communes :

Obs. XXV. — *Abcès ostéopathique du grand trochanter ayant envahi la partie supérieure de la cuisse et de toute la fesse. Mort. Autopsie.* — F..., trente ans, salle Cloquet, n° 75. Bonne santé habituelle. Chancre induré il y a quinze mois, avec accidents secondaires. Alcoolisme.

Il y a quatre mois, douleurs à la partie externe de la hanche, principalement au niveau du grand trochanter. Amélioration après quelques jours de repos et des badigeonnages à la teinture d'iode. Depuis deux mois, à la suite de la réapparition des douleurs, qui furent prises pour du rhumatisme, formation d'une tuméfaction lancinante : marche plus difficile.

État à son entrée. — Homme robuste. A la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, est une tuméfaction mal circonscrite d'une étendue de 3 ou 4 centimètres dans le sens vertical sur 7 ou 8 centimètres transversalement. Fluctuation en ce point et en arrière jusqu'au voisinage de la face interne. Une ponction exploratrice donne issue à 300 ou 400 grammes de pus. Après évacuation on ne trouve aucun point douloureux sur le squelette. Le liquide se reproduit facilement et les douleurs reparaissent,

Chloroformisation : incision à la face externe de la cuisse : à l'aide du doigt on constate un immense décollement autour du trochanter et de la cuisse. Grattage et lavage : passage de trois drains; pansement phéniqué et compression.

Quelques jours après apparaît de la fièvre et du delirium tremens. et le malade meurt le dixième jour.

Autopsie : Tubercules pulmonaires; rien au foie; un seul rein, non altéré du reste, macroscopiquement. Carie à la partie supérieure du grand trochanter.

Obs. XXVI. — *Mal de Pott lombaire et ostéite trochantérienne consécutive à un abcès par congestion. Drainage. Mort par cachexie.* — Sch. (Théodore), âgé de seize ans, journalier, entre le 15 octobre 1883, salle Cloquet, n° 4. Pas d'antécédents héréditaires. Enfance délicate : il y a deux ans, séjour de deux mois aux Enfants-Malades pour une affection présentant les symptômes d'une péritonite tuberculeuse.

En septembre 1883, douleurs trochantériennes, claudication et

enfin formation d'une tumeur : en même temps, douleurs continues dans la région lombaire qui présenta une gibbosité.

Depuis longtemps impossibilité de se baisser sans allonger la jambe.

A son entrée : signes très nets d'un mal de Pott de la seconde lombaire avec abcès trochantérien.

Dans les premiers jours de décembre : drainage de l'abcès ; lavages phéniqués matin et soir.

19 *janvier*. — Depuis le drainage la suppuration et la fièvre continuent. Opération : Incision au thermo-cautère allant jusqu'au grand trochanter, dénudé sur sa base et son bord postérieur ; la fusée purulente pénètre dans le bassin par la grande échancrure sciatique.

Drainage et injections répétées d'une solution de sublimé au millième.

Une amélioration réelle suit cette intervention : mais la suppuration persiste quoique diminuée, et le malade part le 12 avril pour aller mourir chez lui.

Outre ces observations, nous citerons un fait rapporté dans le tome V de nos *Cliniques*. Il s'agit d'un homme de 50 ans, alcoolique, qui portait depuis 8 mois un abcès, précédé de 3 ans de douleurs trochantériennes sourdes. On draina la poche, mais il mourut cachectique, un mois après. Son autopsie est rapportée en détail, on trouve une nécrose des parties supérieure et externe du trochanter.

De ces observations et de ce que nous avons vu par ailleurs il résulte :

1° Que l'ostéite suppurée du grand trochanter est une maladie longue ;

2° Qu'elle s'accompagne de troubles fonctionnels variables d'intensité et consistant en une gêne des mouvements dans la marche, mais sans qu'on y constate, habituellement du moins, les raideurs de la coxalgie.

3° Que l'abcès peut prendre d'énormes proportions et envahir la fesse ;

4° Que c'est une affection grave, car sur trois cas deux sont mortels ; il est vrai que l'un des deux malades était alcoolique. Toutefois nous montrerons, observations en main, au chapitre des *Fistules trochantériennes*, que la mortalité n'est ordinairement pas aussi fréquente.

Néanmoins, il reste acquis que le pronostic de l'abcès ostéopathique du grand trochanter est une affection très sérieuse.

Le *diagnostic* se fait d'après le siège de la collection, sa consistance et les modifications dans l'état général qui toujours s'altère plus ou moins à la longue ; enfin l'incision exploratrice lève tous les doutes. La recherche de l'état des régions environnantes et la constatation de leur intégrité éliminent les abcès par congestion. En somme on hésite surtout entre un abcès des bourses muqueuses et une coxalgie.

1° Abcès des bourses muqueuses ? Durée moins longue, pas de point osseux douloureux très limité, généralement pas d'abcès tuberculeux dans les autres parties du corps, altération moins rapide de l'état général.

L'hygroma simple ou suppuré superficiel est aisé à reconnaître, même quand l'abcès est devenu sous-cutané par sa circonscription plus nette, et sa transparence.

2° Coxalgie? Gêne beaucoup plus grande dans la marche, raideur, modification dans la position habituelle du membre inférieur et du bassin.

Il est un autre cas intéressant pour la pratique. Une coxalgie ancienne, guérie, peut être le point de départ d'un abcès qui envahit la région trochantérienne. Alors le trochanter n'a pas été le siège, longtemps avant, d'une douleur fixe : la collection liquide n'a envahi que peu à peu la région trochantérienne ; enfin toute coxalgie, même guérie, a de la tendance à faire du pus.

Les abcès des régions du grand et du petit trochanter ont dans leurs allures, parfois du moins, un tel air de coxalgie qu'on les a appelés des pseudo-coxalgies.

Le professeur Trélat (1) cite trois cas très probants.

Obs. XXVII. — Jeune homme, pris, à la suite d'une fièvre éruptive, d'une affection grave de la cuisse, diagnostiquée coxalgie : Nélaton, se basant sur la marche irrégulière de la fièvre et la fluctuation de la racine du membre, pensa plutôt à un abcès siégeant entre la cap-

(1) Trélat, *Union médicale*, 1885, p. 184.

sule et les muscles obturateurs internes et jumeaux. Deux ponctions guérirent le malade.

Obs. XXVIII. — Enfant ayant tous les signes fonctionnels de la coxalgie, mais avec fièvre le soir. Au bout de quelques jours, formation d'une collection purulente : c'était un abcès froid de la région pelvi-trochantérienne empiétant sur l'épine iliaque antéro-supérieur : guérison rapide par ouverture, suture et drainage.

Obs. XXIX. — Petite fille ayant également tous les signes d'une coxalgie (même la raideur de la hanche sous le chloroforme) et diagnostiquée coxalgique par MM. Trélat et Verneuil. Ouverture d'un immense abcès occupant l'aine et un peu la paroi abdominale. Même traitement. Guérison absolue.

Ainsi donc le complexus symptomatique appelé coxalgie peut se voir dans le cours de plusieurs affections pelviennes, c'est surtout par la présence d'abcès à sièges un peu différents de ceux que l'on voit dans la coxalgie et par l'efficacité du traitement que le diagnostic peut être établi. Alors même que l'on a bien localisé le point de départ de l'abcès dans le trochanter, le dernier mot n'est pas dit, et dans la pratique on rencontre des cas où il est fort difficile de savoir si l'épiphyse trochantérienne est, ou n'est pas malade. Un des meilleurs éléments de jugement est à coup sûr la durée et l'issue à la suite d'un abcès survenu au voisinage, d'un séquestre, signe indiquant une facilité réelle du système osseux à s'altérer; or voici deux observations où, malgré toutes les présomptions en faveur de la carie ou de la nécrose, celles-ci n'existent pas, du moins d'une façon absolument certaine dans la première :

Obs. XXX. — *Abcès à répétition de la région trochantérienne, sans lésions osseuses apparentes.* — Laurent, vingt-cinq ans, fabricant d'instruments, entre salle Nélaton, n° 25, en décembre 1883. Père mort phthisique.

Pas de scrofule pendant l'enfance. A sept ans, douleurs dans la hanche gauche. Elles ont laissé le membre correspondant plus long. A treize ans, abcès de la face antérieure de la partie moyenne de la cuisse ; suppuration prolongée ; issue d'un petit fragment osseux.

A dix-huit ans, nouvel abcès, cette fois à la partie supérieure et externe de la même cuisse ; trajet fistuleux pendant deux mois. A

vingt et vingt et un ans, réouverture du trajet fistuleux et suppuration durant cinq à six semaines. Guérison complète. A vingt-quatre ans, l'an dernier, nous lui avons passé un drain allant de la base du trochanter à la face postérieure de la partie moyenne de la cuisse. Ablation prématurée du drain (par le malade) au bout de deux mois, la suppuration ayant cessé. Nouvelles douleurs dans la hanche, il y a deux mois, et reproduction d'une collection purulente à la région trochantérienne. Tous les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont possibles, mais la marche est pénible. Le fémur gauche a un centimètre et demi de plus que son congénère.

9 *février*. — Incision de l'abcès; recherche des trajets fistuleux que l'on débride au thermo-cautère, sur la sonde cannelée : l'un allant vers la crête iliaque, un autre vers l'aine, un troisième en bas et en arrière, un quatrième en bas et en avant. Grattage des fongosités, pas la moindre surface osseuse à nu.

Réunion partielle des incisions : pansement phéniqué.

En mai toutes les plaies étaient cicatrisées et le malade marchait très bien.

Obs. XXXI. — *Abcès de la région trochantérienne peut-être ostéopathique.* — L... (Eugène), vingt et un ans, bijoutier, entre à la fin de juin 1883, salle Cloquet, n° 3. Il y a quatre ans, abcès ostéopathiques de la face postérieure du sacrum ayant laissé des cicatrices adhérentes. Fièvre typhoïde l'an dernier. Début il y a quatre mois : douleurs vives sur le trajet du sciatique pendant deux mois : alors apparition d'une tumeur qui s'est accrue progressivement. Actuellement elle occupe toute la région trochantérienne et un peu la fesse : elle est fluctuante et recouverte d'une peau saine. Les mouvements de la hanche sont libres.

1er *juillet*. — Ponction et aspiration : issue de 400 grammes de pus.

15. — Réouverture spontanée : écoulement abondant.

25 *août*. — Drainage, la portion de la poche occupant la fesse est recollée.

27. — Suppuration peu abondante, marche aisée. Exeat sur la demande du malade.

La précision, dans le diagnostic, du degré des altérations est suffisamment importante pour légitimer ces longs développements.

Le *traitement* des abcès ostéopathiques du trochanter n'a rien de très spécial après l'incision qui doit être large, paral-

lèle à l'axe fémoral et faite de préférence au thermo-cautère, on enlève la portion osseuse malade. Nous verrons plus tard (article Fistules) le procédé opératoire.

Le traitement général : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc., est naturellement de rigueur ici.

SIXIÈME LEÇON

ABCÈS D'ORIGINE ARTICULAIRE

Messieurs,

Ils se présentent sous deux aspects, chauds ou froids.

§ I. — Arthrites suppurées aiguës.

Les arthrites suppurées aiguës sont rares et reconnaissent pour cause un traumatisme, ou l'infection purulente, ou quelque pyrexie grave. Qu'elles siègent aux symphyses ou dans l'articulation coxo-fémorale, elles s'accompagnent de symptômes généraux intenses, communs, du reste, à toutes les arthrites aiguës, fièvre, frissons, etc.

Quant aux symptômes locaux, ils méritent des descriptions spéciales suivant la jointure envahie.

A. Articulation coxo-fémorale.

Nous étudierons surtout ce qu'on a appelé la coxalgie à marche aiguë, coxalgies typhiques exanthématiques (Valette) (1).

Bonnet les appelait, un peu inexactement selon nous, abcès

(1) E. Mathieu et H. Strauss, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Coxalgie, p. 204.

froids de la hanche, les assimilant aux caries vertébrales à marche rapide. A vrai dire, comme le font remarquer les auteurs du *Dictionnaire encyclopédique*, ce sont des infections putrides aiguës consécutives à une arthrite purulente coxo-fémorale.

Gibert en a relevé 5 cas sur 30 coxalgies. Brodie en cite et Maisonneuve en rapporte un exemple fourni par Natalis Guyot. Le voici résumé :

Obs. XXXII. — Jeune fille de dix-huit ans, surmenée ; douleurs ayant commencé la veille de son entrée à l'hôpital par le milieu de la jambe, puis ayant envahi tout le membre, qui demeure dans l'extension. Flexion et soulèvement de la jambe possible, mais très douloureux ; pas de gonflement ; délire et fièvre avec frissons.

Malgré de larges débridements les troubles persistent et la malade meurt.

Autopsie : pus concret sur toute la surface de la synoviale qui est arborisée ; ligament rond en partie détruit ; pas d'altérations des os et des ligaments.

Comme on le voit, les pincipaux symptômes sont la douleur, d'où l'impotence fonctionnelle, et un état général plus ou moins grave. Les collections purulentes apparaissent généralement avant qu'il se produise des attitudes vicieuses dans le membre. Si l'on n'intervient pas, la capsule se rompt et un grand soulagement survient (Jobert de Lamballe) (1). Mais de graves désordres se produisent et le malade peut succomber dans un temps assez court. Ordinairement l'abcès se fait jour au dehors, une fistule s'établit et l'affection passe à l'état chronique.

Le *diagnostic* de la formation du pus dans ces arthrites suppurées se fait, au début, surtout par les symptômes généraux : frissons répétés, sueurs, etc., plus tard la tuméfaction et la fluctuation, avec la persistance de la fièvre vespérale, rendent la diagnose relativement plus facile.

Le *traitement* doit être énergique, et dès que la collection purulente est certaine, il faut faire de larges incisions et

(1) Jobert de Lamballe, *Leçons cliniques*.

passer des drains qui permettront d'abondants lavages antiseptiques.

L'immobilisation de la jointure est de rigueur, cela va de soi.

B. Sacro-coxalgie suppurée aigue.

Elle est le plus souvent métastatique ou survient pendant la puerpéralité. A la rapidité de la marche près et les symptômes généraux de l'infection purulente exceptés, les signes sont les mêmes que pour la forme chronique. Nous y renvoyons le lecteur.

C. Symphysite pelvienne aigue suppurée.

Nous pourrons dire, avec Chassaignac, que la forme franchement aiguë est encore à trouver. Elle affecte parfois une forme subaiguë, proche voisine de la forme chronique : nous la verrons dans un instant.

§ II. — **Arthrites suppurées chroniques**.

Quel que soit leur siège, elles surviennent habituellement chez des scrofuleux ou des tuberculeux, ou encore pendant la grossesse (arthrite gravidique), ou après (arthrite puerpérale).

Passons en revue les différentes articulations.

A. Coxalgie chronique suppurée.

Les abcès de cette origine sont de deux sortes : les uns communiquent avec l'articulation, les autres sont simplement formés dans le voisinage. Gerdy les a étudiés avec soin et leur a donné le nom de *circonvoisins*. Nous leur devons une mention spéciale à l'anatomie pathologique, au diagnostic et

au pronostic. L'époque de l'apparition de ces abcès au cours de la coxalgie est généralement la seconde année : quelquefois plus tard cependant. Labbé a montré que dans ce cas il s'agissait habituellement, en effet, d'abcès circonvoisins.

Voici quatre observations d'abcès symptomatiques d'une coxalgie, tirés de notre pratique hospitalière.

Obs. XXXIII. — *Abcès au cours d'une coxalgie droite* (Obs. CCLXXXIV tirée du tome I de nos *Cliniques*, p. 376). — L... (Adrien), dix ans, entre le 3 août 1874, strumeux. Coxalgie ayant débuté à un an.

Apparition de deux abcès, il y a six mois, l'un à la face interne de la cuisse, du volume d'une mandarine ; l'autre plus gros, à trois centimètres au-dessous et en arrière du grand trochanter. Ankylose complète, en apparence du moins, de l'articulation. Ouverture des deux poches, le stylet ne pénètre pas dans la jointure.

Drainage de la poche sous-trochantérienne et injections iodées.

19 *août*. — Guérison des deux abcès. Exeat.

Obs. XXXIV. — *Abcès probablement circonvoisins. Coxalgie ancienne. Ponction. Amélioration.* — P... (Auguste), vingt-cinq ans, employé, entre le 25 juin 1883, salle Nélaton, n° 5. Il a déjà fait un séjour de dix-huit mois dans le service d'où il est sorti le 10 janvier ; il était entré pour une affection de la hanche remontant à cinq ans. Traitement pendant ce temps : gouttière de Bonnet, puis quatre appareils silicatés successifs.

En juin de l'année dernière, petit abcès un peu au-dessous de l'articulation coxo-fémorale ; première ponction ; en août, deuxième ponction, guérison.

Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, nouvel abcès un peu plus bas que l'autre, et vers la partie interne de la cuisse.

25 *juin*. — Ponction avec un petit trocart ; issue de 80 grammes de pus ; occlusion avec de la baudruche. Deux jours après le malade travaillait.

Obs. XXXV. — *Abcès au voisinage d'une ancienne coxalgie.* — E... (Gabrielle), vingt-quatre ans, pâtissière, entre le 11 décembre 1884, salle Denonvilliers, n° 51. Début de la coxalgie à gauche, à huit ans. A onze ans, premier abcès qui s'ouvrit seul et guérit assez vite. Il y a six mois, nouvel abcès au même point ; ouverture au bistouri, fistule depuis lors. Quatre mois après, gonflement douloureux de la hanche gauche avec phénomènes généraux : amaigrissement, fièvre, diarrhée abondante, toux fréquente.

État actuel. — Tous les signes de la coxalgie avec vaste collection purulente ayant envahi toute la région trochantérienne. A la partie supérieure et externe de la cuisse est l'orifice du trajet fistuleux

mentionné plus haut ; le stylet introduit par là passe derrière l'articulation coxo-fémorale, et ne dénote pas de dénudation osseuse.

État général mauvais ; symptômes de tuberculose pulmonaire.

13 *décembre.* — Ouverture de l'abcès au thermo-cautère ; exploration digitale de toute sa cavité ; elle envoie un prolongement contournant le col du fémur, mais ne paraissant pas communiquer avec l'articulation. Lavage, drain, pansement phéniqué.

A la fin de janvier 1885, il y avait recollement partiel de l'abcès, mais la suppuration était encore fort abondante.

Obs. XXXVI. — *Vaste abcès froid au voisinage d'une coxalgie ancienne. Drainage. Compression. Amélioration notable.* — P... (Jules), dix-huit ans, tourneur sur fer, entre le 25 mai 1884, salle Cloquet, n° 5. Coxalgie droite non suppurée, à l'âge de sept ans. Ankylose fibreuse consécutive avec légère flexion de la cuisse. Bonne santé depuis.

Début en novembre 1883, douleurs spontanées dans cette même hanche droite ; gêne dans la marche. Trois mois après, tuméfaction en arrière du grand trochanter ; accroissement d'abord lent, puis rapide dans ces deux derniers mois, s'accompagnant de douleurs, de fièvre, d'amaigrissement et d'exagération dans la flexion de la cuisse.

État actuel. — Sujet délicat, mais avec physionomie assez bonne.

Vaste collection liquide occupant toute la région trochantérienne, les faces antérieure et postérieure de la hanche, et un peu la face interne de la cuisse.

Dimensions verticales : 15 centimètres en dehors, 20 en arrière, 10 en dedans. Peau un peu rouge çà et là. Tous les mouvements de la cuisse indolents et possibles dans la flexion à angle droit ; hors de là, ils sont douloureux. Dans la fosse iliaque droite, induration vague et profonde, insensible du reste.

29 *mai.* — Passage d'un gros drain transversal, lavage à l'eau phéniquée forte ; compression à l'aide d'éponges ; pansement Lister.

Par l'une des incisions qui a donné passage au drain, nous avons en vain cherché à l'aide du doigt et de la sonde une dénudation osseuse.

3 *juin.* — Aucune réaction inflammatoire n'a suivi le drainage. La compression a amené un recollement presque total. Il a souffert à peine quelques jours. Pansement phéniqué.

20 *juillet.* — État stationnaire depuis le 3 juin ; suppuration presque insignifiante qu'entretiennent les fongosités de la face externe du trochanter. La marche est facile depuis un mois.

Exeat, le malade refusant un grattage qui paraît nécessaire.

Ces quatre cas vont nous permettre de faire l'étude clinique de ces abcès.

Il existe parfois des signes prémonitoires importants : ce sont des crises douloureuses se reproduisant à intervalles assez rapprochés, des rechutes graves avec accès fébriles; puis ces *symptômes* s'accentuent, surtout les frissons, et une tumeur fluctuante apparaît à la hanche. D'autres fois les débuts sont torpides : à peine si le malade accuse une très légère sensibilité en un point de la hanche : un léger empâtement existe, voilà tout, bientôt une voussure fluctuante lui fait place et l'affection est constituée, permettant au malade de vaquer tant bien que mal à ses occupations. Entre ces deux cas extrêmes il y a tous les intermédiaires possibles.

La tuméfaction qui accompagne l'abcès (quand il est subaigu) peut être énorme et l'on a vu la cuisse doublée de volume : la déformation dite en gigot est alors au maximum. La collection purulente elle-même acquiert parfois de très grandes proportions. La voussure qui en résulte est saillante et aplatie, ronde ou ovale, uni ou bilobée et la fluctuation se transmet aisément d'un lobe à l'autre. Son siège habituel est la région trochantérienne. Ce lieu d'élection sera expliqué à l'étude des lésions. Mais on peut voir ces abcès à la fesse dans la fosse iliaque externe, à l'aine et jusque dans la fosse iliaque interne, même primitivement.

Les troubles fonctionnels coxalgiques préexistants à l'abcès s'exagèrent et il s'y ajoute des symptômes locaux propres à chaque variété topographique. C'est ainsi que lorsqu'il siège à l'aine on peut voir de l'œdème du membre inférieur par compression des vaisseaux.

La *marche* des abcès froids symptomatiques d'une lésion de la hanche présente plusieurs types cliniques dépendant du reste de leur siège anatomique.

a. Le plus habituellement la collection purulente devient superficielle. La peau qui la recouvre, distendue, s'amincit, rougit en un point et finalement se perfore. La douleur et les symptômes généraux, quand ils existent, s'amendent alors. Il en résulte une fistule qui persiste un temps variable, parfois des années. Nous en reparlerons plus tard.

Si l'on est intervenu en temps opportun, la guérison est parfois relativement rapide, surtout lors d'abcès circonvoisins.

Au bout d'un temps variable de nouveaux abcès peuvent se former, et ainsi de suite jusqu'à la mort ou la guérison complète.

b. D'autres fois l'abcès fuse vers la cuisse, la fesse, ou la crête iliaque, y produisant des troubles en rapport avec les plans musculaires intéressés. Si cet abcès par congestion est superficiel, ses symptômes sont précis, mais s'il est sous-musculaire, on trouve un empâtement profond avec douleur sourde, affectant souvent le syndrome névralgie sciatique.

c. Dans des cas plus rares on voit la collection, primitivement inguinale, passer sous l'arcade et envahir la fosse iliaque. Outre les symptômes physiques de tumeur liquide de cette région, il y a des phénomènes de psoïtis.

d. D'autres fois le pus gagne l'articulation sacro-iliaque et les symptômes de la sacro-coxalgie apparaissent.

e. Enfin, exceptionnellement, après de longues souffrances, une tumeur rénitente d'abord, fluctuante plus tard, apparaît d'emblée dans la fosse iliaque interne. Le pus s'est alors fait jour à travers le cotyle. Nous verrons au chapitre des abcès iliaques l'évolution possible de ces collections purulentes.

Pour en finir avec la marche clinique de ces abcès, il nous faut mentionner ceux que Paget (1) a décrits sous le nom de résidueux. « Sous le nom d'abcès résidueux (*residual abcesses*), dit Paget, je comprends tous les abcès formés dans les restes d'inflammations anciennes ou dans les parties voisines. La plupart se forment dans des points où le pus, produit longtemps auparavant, a été retenu en totalité ou en partie, est devenu sec, en d'autres termes a vieilli. Mais il est probable que certains d'entre eux sont formés dans les épaississements, adhérences, ou autres produits d'inflammations très antérieures, lentement organisés. »

Ils ont pour caractères : 1° d'apparaître dans un foyer d'inflammation ancien ; 2° d'avoir une marche absolument

(1) Paget, *Cliniques chirurgicales*, traduction L.-H. Petit, 1871, p. 395.

torpide ; 3° de donner issue, quand ils s'ouvrent, à de la matière crayeuse en même temps qu'à du pus de nouvelle formation, et parfois à des séquestres.

Qu'on nous permette de citer un cas probant de Paget :

Obs. XXXVII. — Une femme de trente ans fut admise dans le service de M. Stanley, avec une tumeur circonscrite, indolente, élastique, et siègeant au niveau et au-dessus de la symphyse sacro-iliaque gauche. On la prit pour une tumeur graisseuse ; mais l'opération, commencée pour son ablation, fit sortir du pus d'une cavité conduisant, par un trajet étroit, à l'articulation coxo-fémorale. Une affection de cette articulation avait existé vingt ans auparavant, et avait disparu sans suppuration apparente après un an de repos. La malade était restée boiteuse avec raideur de la jointure, mais sans autre accident, et l'abcès n'avait pas été remarqué plus de deux ans avant ouverture.

Paget cite deux autres cas : dans l'un l'abcès survint quatorze ans après le début de la coxalgie, et dans l'autre sept ans.

Nos observations XXXIV, XXXV et XXXVI, sont probablement des abcès de ce genre, remarquables également par la date ancienne du début.

En voilà assez, ce nous semble , pour faire connaître au lecteur cette forme un peu bizarre d'abcès froids, importante surtout au point de vue du pronostic. Ajoutons toutefois qu'elle n'est pas propre à la coxalgie : on peut rencontrer de ces abcès au foyer de toute ostéite, et autour des viscères, du rectum par exemple (Paget). Quant à leur nature exacte, elle est tuberculeuse, c'est du moins ce que notre expérience nous a appris.

Nous venons de faire une étude clinique des abcès de tumeur blanche de la hanche, cherchons maintenant quelles *lésions anatomiques* produisent l'ensemble symptomatique que nous avons esquissé.

Bonnet (1) émet sur le lieu de perforation de la capsule par le pus la théorie suivante : la capsule s'ouvre au point distendu et comprimé par la tête fémorale; d'où, dans la

(1) Bonnet, *Maladies des articulations*.

rotation du fémur en dehors, perforation en avant, et, dans la rotation en dedans, perforation en arrière. Quoi qu'il en soit, le siège favori des abcès est la partie supérieure et externe de la cuisse, la région trochantérienne en un mot. La disposition des plans musculaires explique ce fait. Un simple coup d'œil montre en effet que les muscles naissent à la périphérie du cotyle et viennent se terminer au trochanter, formant une sorte d'entonnoir à petite extrémité externe fermée par cet os. Par ordre de fréquence nous trouvons ensuite l'abcès siégeant soit en dedans, soit en dehors du triangle de Scarpa, et l'ouverture se fait alors dans l'aine ou au pli génito-crural. Quelquefois il se fait deux poches, l'une en dedans, l'autre en dehors du membre, communiquant entre elles : c'est la réunion des deux variétés précédentes. Les saillies osseuses en contact avec le pus sont presque toujours érodées et à la longue la nécrose peut s'emparer des deux trochanters, qui deviennent par là de véritables corps étrangers, avec tous leurs inconvénients. Des ostéophytes peuvent même se développer sur l'extrémité fémorale. Nous en montrerons un très bel exemple à propos des abcès par congestion.

Nous croyons inutile d'insister sur le contenu de ces abcès qui ne présentent rien de spécial ici. Toutefois il est plus rarement séreux et granuleux que dans les autres abcès froids ou la coxalgie aiguë. Généralement il est épais et crémeux. D'après Mathieu et Strauss cela viendrait de ce qu'ici on a affaire à la forme de tumeur blanche appelée par Crocq cellulo-vasculaire, tandis que dans les coxalgies aiguës c'est la forme osseuse qui prédomine. Les parois de l'abcès sont d'épaisseur très variable : au début ce sont des tissus (muscles, aponévroses, etc.) presque normaux. Peu à peu ils subissent des altérations, et l'abcès froid est constitué de toutes pièces.

Lannelongue (1) a étudié minutieusement les parois de l'abcès froid. Donnons un extrait de ses travaux sur ce

(1) Lannelongue, *Abcès froids et tuberculose osseuse.* Paris, 1881, p. 10.

point, car ils nous paraissent présenter la question sous son véritable jour. Tout abcès froid à l'état parfait est limité par une membrane, qui joue un rôle capital dans son évolution, bien loin d'être une paroi inerte comme on l'a cru si longtemps. Son étude se fait aisément sur le vivant, lors du curage de ces abcès. Nous avons à voir les deux surfaces et la structure histologique de la paroi.

1° La surface interne présente un aspect chagriné et même parfois, par suite du contact de l'air, des dépressions linéaires et des crêtes saillantes; ou même des boursouflures blanches ou rougeâtres (chémosis séreux, ou inflammatoire). Plus rarement il y a de vrais replis flottants analogues à une poche hydatique. Dans d'autres cas il y a des colonnes entre-croisées déterminant un aspect ovalaire rappelant la surface interne du cœur. C'est à la présence des vaisseaux, des nerfs et des fibres aponévrotiques ou tendineuses que sont dus ces aspects. La marche envahissante de la membrane peut isoler ces colonnes, qui alors deviennent libres.

La coloration est variable suivant les cas et les moments; la richesse vasculaire, que dénote l'arborisation de la poche, l'explique aisément; dans l'état congestif elle est rosée, et il peut survenir des hémorrhagies pariétales et cavitaires.

2° La surface externe est généralement lisse, blanc grisâtre, plus pâle que l'interne. Quand elle est en contact avec une aponévrose, ou que l'abcès ne s'étend plus, elle n'est pas adhérente et présente bien ces caractères; mais dans l'abcès en contact avec le tissu cellulaire, et en période d'activité, la surface externe présente de petits prolongements conoïdes. Les végétations suivent d'habitude les vaisseaux et pénètrent dans les orifices normaux des tissus fibreux, d'où une foule de criblures anormales et des prolongements allant parfois à de grandes distances et reconnaissables à leur teinte rosée. Il serait oiseux de vous faire remarquer leur importance au point de vue de la thérapeutique par le grattage.

Pour Lannelongue l'extension des abcès froids n'est pas un fait mécanique, par distension, mais un acte « vital et essentiel, antérieur, au surplus, à l'existence du liquide dans

la cavité ». Toutefois, ajoute cet auteur, la distension a une action réelle, aux points mal protégés et qui ont toujours une paroi plus mince.

Dans les abcès dont la surface a été en contact avec l'air, a membrane se ratatine, et devient difficilement isolable par suite d'une inflammation chronique.

État des tissus voisins. — Les tissus environnants sont lardacés, et, à la coupe, crient sous le scalpel, même le tissu cellulaire et les muscles, à la manière des tissus les plus consistants.

3° *Examen histologique.* — A un faible grossissement (25 à 60 diamètres), sur une coupe perpendiculaire à l'épaisseur de la membrane on voit, dit Lannelongue, sur la surface libre ou interne, une foule de sinuosités, de dentelures, de véritables follicules communiquant avec la cavité de l'abcès, et de plus des cavités isolées irrégulières qui ne sont autres que de petites cavernes en voie de formation. La paroi est exclusivement formée d'éléments cellulaires embryonnaires.

« Ils sont irrégulièrement distribués, ou au contraire, en certains endroits ils présentent un groupement remarquable. Ils sont rangés autour d'une cellule géante, ou associés entre eux de manière à constituer des corps arrondis dont on suit aisément l'évolution; enfin il en est qui s'ouvrent dans les follicules ou les cavernes signalées plus haut » (1). La zone qui suit ce contour se compose de cellules tantôt embryonnaires, tantôt épithélioïdes : çà et là des cellules géantes, et quelques amas hématiques. La troisième zone, limitrophe des tissus ambiants, est presque exclusivement composée de cellules embryonnaires; de petits tubercules, plus récents, y sont épars et reconnaissables.

Les tissus environnants ont perdu presque totalement leur texture par l'envahissement des cellules embryonnaires. Du reste le tissu conjonctif lui-même prolifère à tel point que souvent il détruit les éléments qu'il entoure (Lannelongue).

En somme, il y a désagrégation et destruction dans la

(1) Lannelongue, *loc. cit.*, p. 20.

couche interne ; au contraire dans la zone externe il y a prolifération et organisation plus ou moins actives. Il ne rentre pas dans notre cadre de faire l'histoire des follicules tuberculeux. Signalons seulement leur présence comme caractéristique dans la paroi, car sur onze cas ils n'ont manqué que deux fois (Lannelongue).

Enfin, pour l'instant, on donne une grande valeur diagnostique à un autre élément microscopique, le bacille tuberculeux, que l'on trouve à peu près constamment dans les abcès dits tuberculeux.

Dans l'étude que nous venons de faire de l'abcès ossifluent nous l'avons supposé formé : voici, d'après Lannelongue (1), comment il se développe, le plus souvent du moins. C'est dans l'intérieur de l'os que naissent les premières fongosités tuberculeuses, puis elles déterminent l'agrandissement des canaux de Havers, ou de véritables pertes de substance à la surface de l'os; alors ces bourgeons perforent le périoste et gagnent les parties molles périphériques. A cette période il n'y a pas encore d'abcès, aussi la fluctuation n'est pas apparente, c'est de la pseudo-fluctuation. Au sein de ces fongosités externes à l'os se forme du pus, contenu dans une cavité tapissée de la membrane décrite plus haut. Ajoutons toutefois, comme le fait remarquer Lannelongue, que, dans certains cas, la première collection est intra-osseuse ou sous-périostée, et ce n'est que consécutivement que le pus s'épanche à travers le périoste dans les tissus mous, où il s'entoure de la membrane caractéristique.

Comme appendice à l'étude des abcès d'origine articulaire signalons ceux que Gerdy (2) a décrits sous le nom d'*abcès circonvoisins*.

Ils ont pour caractéristique de ne pas communiquer avec le foyer du mal. « Plus la maladie de l'os est grave, dit Gerdy, plus ces abcès sont nombreux et étendus. Il n'est pas rare, dans le cours de quelques mois, de voir ainsi un grand nombre de ces abcès s'ouvrir et se cicatriser ensuite. »

(1) Lannelongue, *loc. cit.*, p. 120.
(2) Gerdy, *Archiv. méd.*, 1840, t. IX, p. 10.

Gerdy donne un dernier caractère : leur situation profonde. Elle peut l'être au début, mais si l'on en juge par nos observations (Voy. obs. XXXIV, XXXV, et XXXVI), ils deviennent plus tard tout à fait superficiels. En tout cas ils sont toujours séparés de l'os par une couche plus ou moins épaisse de tissus sains et altérés (Gerdy).

Cette variété d'abcès est peut-être moins fréquente qu'on ne serait tenté de le croire, et, dans un certain nombre de cas, le trajet mettant la collection purulente en communication avec le foyer osseux a sans doute échappé aux investigations par sa petitesse, comme le prouve ce fait de Lannelongue (1) où il s'agit d'un os superficiel, le tibia.

Obs. XXXVIII. — Fillette ayant un abcès de la partie moyenne du tibia gauche. Après avoir largement incisé la poche, on constate l'intégrité du périoste sous-jacent, mais en regardant de plus près, en cherchant avec soin sous les plis des fongosités, on finit par découvrir un orifice gros comme une lentille par lequel sortaient ces fongosités. A cet orifice faisait suite un trajet pénétrant à 3 millimètres de profondeur dans l'épaisseur du tissu compact. Il est de toute évidence que ce trajet aurait échappé à un examen superficiel et qu'on en aurait fait volontiers un abcès circonvoisin.

Nous avons, à dessein, fait cette longue étude anatomo-pathologique à l'occasion des deux variétés les plus communes des abcès froids symptomatiques d'une coxalgie; mais il est des variétés plus rares qu'il nous faut mentionner.

1° Le pus fuse en bas et passe par le trou sous-pubien, comme le montrent ces deux observations de Velpeau (2):

Obs. XXXIX. — « En 1832, dit-il, j'ai vu sur un individu un foyer ayant son point de départ sous les aponévroses, derrière la cavité cotyloïde, dans la fosse iliaque, et qui passait à la fois par le canal inguinal, le canal crural et le trou sous-pubien, qui glissait ensuite entre les muscles adducteur et pectiné, pour contourner la gorge du fémur et venir faire saillie au tiers supérieur externe de la cuisse. »

(1) Lannelongue, *loc. cit.*, p. 18.
(2) Velpeau, *Clin.*, t. III, p. 225.

Obs. XL. — « Chez un autre le pus provenant de la cavité cotyloïde et ayant fait le même contour était remonté jusqu'au bord postérieur du muscle tenseur du fascia iliaca. »

2° Le pus parti d'un premier foyer formé au petit trochanter pénètre et monte dans la gaîne du psoas, dissocie ses fibres, les réduit en un détritus noirâtre et forme une collection dans la fosse iliaque interne. Cette marche ascendante s'expliquerait, d'après Hancock (cité par Mathieu et Strauss), par la position que prennent les malades dans l'évolution de la coxalgie. Cette hypothèse nous paraît au moins hasardée. Quoi qu'il en soit, il existe alors un abcès en bissac dont la poche supérieure peut être méconnue.

3° Le pus peut perforer l'acétabulum ou la fosse iliaque externe et former, comme ci-dessus du reste, des abcès intra-pelviens que nous étudierons plus tard. Bornons-nous à dire que la perforation osseuse est d'aspect et de dimensions très variables. Les bords sont toujours érodés, déchiquetés, atteints d'ostéite, de nécrose ou de carie sans caractères spéciaux du reste.

4° Enfin dans des cas exceptionnels on a vu de véritables abcès « de voisinage » (par rapport à l'article) formés en dedans de la face interne de l'acétabulum, par ostéite de celui-ci évidemment. Nous en reparlerons aux abcès intra-pelviens.

En résumé, au cours d'une coxalgie on peut observer deux variétés d'abcès, des abcès externes, communiquant ou non avec l'article, et des abcès internes présentant la même subdivision.

Le *diagnostic* de ces abcès, on le conçoit aisément, varie précisément suivant ces différentes espèces. Renvoyons à l'étude des abcès intra-pelviens ceux qui se rapportent à cette catégorie.

Parmi les extra-pelviens il faut considérer chaque groupe topographique séparément.

A. *Abcès de la région trochantérienne.* — On peut les confondre :

1° Avec les hygromas chroniques suppurés des bourses

trochantériennes ; mais alors il n'existe que des troubles insignifiants du côté de l'article, ou même celui-ci est absolument indemne, il n'y a pas de douleurs dans le genou : la voussure est apparue dès le début du « syndrome coxalgie ».

Quant aux hygromas non suppurés, le diagnostic est enfantin, eu égard à l'absence de troubles du côté de la jointure.

2° Il n'en est pas de même de l'ostéite du grand trochanter. Voici un cas qui prouve combien l'erreur est difficile à éviter. Il est tiré du *Traité de pathologie* de Nélaton (t. II, p. 89, 1re édition).

Obs. XLI. — Un jeune homme de quinze ans est admis dans le service de Gerdy, portant à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche une tumeur qui offrait tous les caractères d'un abcès froid sans le moindre symptôme de coxalgie : mouvements de la hanche très libres, pas de claudication. On diagnostique un abcès froid idiopathique : ouverture avec la potasse caustique, mort le huitième jour. A l'autopsie on trouve une dénudation du fond de la cavité cotyloïde et de plusieurs points de la tête fémorale.

Ici c'est la facilité avec laquelle s'exécutaient les mouvements de la hanche qui a été la cause de l'erreur. A la vérité, celle-ci se commet plutôt quand ils s'exécutent mal. Dans la trochantérite suppurée, la raideur disparaît par l'administration du chloroforme; la gonalgie manque le plus souvent; la pression sur le pied, les coups sur le genou fléchi n'éveillent aucune souffrance dans la hanche ; le bassin est rarement dévié, etc.

3° L'ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur a contre lui les mêmes signes négatifs (indolence de la hanche, etc.); sa marche est plus rapide et une ponction exploratrice n'amène rien.

4° Les abcès par congestion se reconnaissent aisément à leur réductibilité, au point douloureux éloigné, à la déformation osseuse.

B. *Abcès dans la fosse iliaque externe.* — Il n'y a, pouvant lui être comparé, que l'abcès ostéopathique, reconnaissable à son point de départ (douleur à la pression) et qui est pres-

que toujours sur la crête iliaque; intégrité de l'article, etc.

C. *Abcès dans le triangle de Scarpa ou situé en dehors de lui.* — Tous les abcès de l'aine ont un air de famille; ils s'accompagnent tous de gêne dans les fonctions de l'articulation coxo-fémorale, mais cette gêne est beaucoup moindre que dans la coxalgie. Éliminons du reste en bloc tous les abcès aigus par leur marche rapide et leurs caractères phlegmoneux. Toutefois certains abcès articulaires présentent, au moment de s'ouvrir, des symptômes d'acuité. Les commémoratifs élucident alors la question.

Ceux qui sont réellement froids sont reconnaissables :

1° L'adénite, à sa circonscription, à sa superficialité;

2° L'abcès par congestion, à sa réductibilité : rappelons la possibilité de l'abcès par congestion d'origine coxale ;

3° L'ostéite suppurée de la partie supérieure du fémur, aux signes que nous avons donnés en parlant des pseudo-coxalgies (voy. le diagnostic des arthrites aiguës suppurées).

D. *Abcès de la région fessière.* — Les affections qui les simulent sont rares. Aucune d'elles ne s'accompagne d'une gêne notable des mouvements articulaires. Bornons-nous à les signaler : abcès symptomatiques d'une lésion de la fosse iliaque externe ou de la colonne vertébrale, tumeur sarcomateuse de la fesse, abcès symptomatique d'une sacro-coxalgie, enfin ostéite suppurée du tiers supérieur du fémur. Ces deux dernières affections ont quelquefois donné lieu à des erreurs. Il est bon d'y songer.

Nous venons de faire en détail le diagnostic de l'abcès d'origine articulaire à sa période d'état, à son début; quand il est profondément situé, la diagnose est infiniment plus difficile. C'est alors aux phénomènes généraux, accès de fièvre le soir, frissons répétés, sueurs, etc., qu'il faut avoir recours.

Enfin à la dernière période, celle de la migration, la recherche du point de départ est généralement facile. Nous en reparlerons du reste (Voy. *Abcès intra-pelviens*).

Un dernier mot qui a bien son importance. En présence d'un abcès chez un coxalgique, peut-on reconnaître s'il ne

communique pas avec l'article, s'il est, en un mot, circonvoisin? A moins d'exploration directe, et encore, car l'orifice de communication peut être bien minime, c'est chose difficile. Cependant la bénignité des symptômes d'une part, et l'absence de communication apparente, malgré de minutieuses investigations, d'autre part, permettent d'opiner dans ce sens. Nous avons dit à quels caractères on reconnaissait les abcès résineux de Paget, inutile d'y revenir.

Le *pronostic* des abcès d'origine articulaire demande, comme le diagnostic, des considérations multiples. Il se base non pas tant sur les désordres locaux que sur la désorganisation générale de l'économie.

Toutes choses égales d'ailleurs, les abcès les plus graves sont ceux qui ont fusé dans le bassin, et encore parmi eux ceux qui se sont ouverts dans un viscère, comme nous le verrons. Quant aux autres, par degré, énumérons-les : les vastes abcès multiples, à diverticules impossibles à laver complètement, les abcès uniques mais avec lésions osseuses profondes en dernier lieu, sont les abcès circonvoisins et résineux. Il faut leur accorder une véritable bénignité, relative toutefois. Et en effet, l'apparition du pus au cours d'une coxalgie est chose sérieuse, surtout quand la collection est vaste et l'état général mauvais. La mort survient fréquemment alors par septicémie chronique, au milieu d'une profonde cachexie. Cependant dans la majorité des cas l'abcès guérit ; mais, après un premier abcès, d'autres peuvent apparaître même au bout de longues années.

Les distinctions établies pour présenter d'une façon vraiment clinique le diagnostic et le pronostic des abcès froids qui nous occupent subsistent encore pour le *traitement*. Toutefois la médication générale antiscrofuleuse et reconstituante, l'immobilisation de la jointure, sont les adjuvants nécessaires de tout traitement chirurgical. Sur ce point tout le monde est d'accord ; il n'en est pas de même pour l'intervention. Tour à tour prônée, puis rejetée, utilisée au début, puis ajournée à la période ultime, c'est-à-dire quand la peau amincie menace de se rompre, l'ouverture des abcès de la

coxalgie est généralement pratiquée de nos jours, et cela vers la période moyenne de leur évolution.

Les causes de ces fluctuations étaient ces accidents, parfois foudroyants, qui emportaient les malades après l'intervention : la septicémie aiguë la plupart du temps, d'autres fois la granulie. La méthode antiseptique a considérablement réduit le nombre des cas malheureux dus à la septicémie.

C'est à la suite de ces désastres chirurgicaux expliqués par le contact de l'air, que les anciens, Boyer (1) notamment, ont préconisé les ponctions sous-cutanées répétées, faites soit avec un bistouri, soit avec un trocart. A la ponction purement évacuatrice on substitua la ponction suivie d'injection iodée. Boinet (2), dans son *Traité d'iodothérapie*, cite ce cas du Dr Thierry :

Obs. XLII. — Enfant de trois mois présentant tous les signes d'une luxation spontanée du fémur droit et, de plus, une tumeur fluctuante de la région trochantérienne. Une seule ponction avec injection iodée, laissée deux minutes en place, guérit le malade en quinze jours, et de l'abcès et de la luxation (?).

Ce fait pèche un peu contre la vraisemblance en tant que guérison de la luxation, mais la disparition de l'abcès n'en reste pas moins acquise.

En somme, et c'est là où nous voulions en venir, dans les abcès de petit volume chez des jeunes gens de quinze à vingt-cinq ans, surtout dans les abcès circonvoisins et résidueux, on peut essayer ce moyen. Il sera toujours temps de recourir à un moyen plus radical, l'incision et le grattage, en cas d'insuccès. Dans les abcès plus vastes, quoique Nélaton (3) ait réussi avec le même traitement (abcès de 2 litres), il vaut mieux, ou passer un gros drain avec le trocart, ou inciser l'abcès au thermo-cautère, à la partie déclive, gratter avec soin la surface interne de la poche, faire une contre-ouverture en haut, passer un gros drain, et après un lavage à l'eau phéniquée

(1) Nélaton, *Thèse de concours*, 1884.
(2) Boinet, *Traité d'iodothérapie*, p. 741.
(3) Nélaton, *loc. cit.*, p. 239.

forte, tenter le recollement de la poche par la compression méthodique à l'aide d'éponges fixées par un spica. Quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, il faut immobiliser la hanche (appareil plâtré, silicaté, ou gouttière de Bonnet). Enfin dans les cas extrêmes, où les abcès sont multiples et les lésions articulaires énormes, la résection pent être la dernière chance de salut.

B. Sacro-coxalgie chronique suppurée.

C'est une affection qui n'est bien connue que depuis la monographie de Delens (*De la sacro-coxalgie*, Paris, 1872); toutefois avec Chauvel (1) qui, dans un article du *Dictionnaire encyclopédique*, résume bien les connaissances actuelles sur la question, nous signalerons les travaux de Larrey (*Clinique chirurgicale*, t. III), de Laugier (Dictionnaire en trente volumes, article Bassin), de Hahn (*Ueber die sacro-coxalgie*, in *Allgemeine medicinische central Zeitung*, 1883), de Nélaton, Erichsen, Gurlt, Velpeau, Broca, Duplay (*Traité de Pathologie*).

Elle survient de dix à trente-cinq ans, chez la femme surtout, 16 : 11 (Delens). Signalons l'équitation (Hatute), la blennorrhagie, et surtout la puerpéralité. Au point de vue des lésions anatomiques, nous n'avons pas à parler de celles de l'articulation elle-même; là, comme dans toute tumeur blanche, on trouve des fongosités, de la carie, des séquestres, une mobilité telle que l'os coxal chevauche sur le sacrum; d'autres fois, au contraire, des jetées osseuses auront amené une ankylose. Le pus, d'abord sécrété dans l'article ou dans son voisinage, donne naissance à un ou plusieurs abcès. D'après Duplay, quand l'abcès est externe, il est en bouton de chemise, un de ses foyers est sous-cutané, l'autre sous-musculaire, le diaphragme est formé par les fibres éraillées du grand fessier, au niveau de ses attaches à la partie postérieure de la crête iliaque.

Le pus se collecte, d'ailleurs, plus volontiers en dedans,

(1) Chauvel, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. VI, p. 89.

par suite de la moindre résistance du ligament de ce côté. C'est alors un abcès de la fosse iliaque passible de tous ses méfaits (ouverture dans le rectum, descente à l'aine, passage par la grande échancrure sciatique, etc.), comme nous le verrons en étudiant ces abcès. Enfin on peut voir les deux variétés d'abcès réunis, mais le pus ne passe pas de l'un à l'autre à travers l'article, qui est trop serré pour le permettre (Tillaux) (1). La marche de ces abcès est variable. Ce sont surtout ceux de la face externe qui tendent à fuser. D'abord profonds, longtemps bridés par les plans aponévrotiques puissants qui constituent l'aponévrose lombaire, ils la perforent à la longue et deviennent sous-cutanés, ou bien ils fusent du côté de la face et, après avoir perforé le grand fessier, apparaissent sous la peau, mais, caractère important, n'envahissent pas la région trochantérienne proprement dite; d'autres fois ils remontent dans la région lombaire. Les abcès intra-pelviens seront étudiés plus tard, comme nous l'avons dit.

La période prodromique des abcès dans la coxalgie est généralement assez nette: Après une phase de douleur sourde, mal limitée, on voit celle-ci se localiser au niveau de l'articulation sacro-iliaque et notamment sur l'épine iliaque postéro-supérieure; elle est exagérée par la pression sur ce point, sur l'épine iliaque antéro-supérieure, par un coup sec avec le bord cubital de la main, par exemple, sur la crête iliaque, ou sur la plante du pied, en un mot, sur tout ce qui tend à mobiliser l'os coxal. Cette douleur présente parfois des irradiations vers l'aine, la cuisse, le trajet du sciatique, quelquefois même dans le genou (Chauvel). Concomitamment existe de la claudication, et par la douleur et par l'attitude vicieuse du membre, qui est habituellement en adduction avec une modification parallèle dans l'attitude du bassin. Il en résulte des changements de longueur apparents. Au lit, les malades reposent sur le dos ou le côté sain. Ils gardent l'immobilité, mais peuvent cependant quelquefois (Gosselin)

(1) Tillaux, *Anat. topog.*, 2e édit., p. 726.

parvenir à détacher le talon du lit et à fléchir la cuisse sur l'abdomen.

A une phase plus avancée, tout mouvement devient impossible, il survient des accès de fièvre vespéraux avec petits frissons répétés et sueurs : ce sont les indices de la suppuration. Le pus se collecte en dedans ou en dehors.

Si c'est en dedans, on a l'ensemble symptomatique de l'abcès de la fosse iliaque : tumeur profonde, mal limitée, phénomènes de contracture du psoas-iliaque, irradiations douloureuses dans l'aine, la cuisse et les organes génitaux, etc.

Si c'est à l'extérieur, il se forme au niveau de la symphyse une tumeur un peu allongée obliquement vers le coccyx, d'une fluctuation des plus obscures au début, plus nette au fur et à mesure qu'elle augmente de volume. Elle peut en effet acquérir des proportions considérables : la fesse a dans ce cas un aspect grotesque, par suite de cette saillie postérieure.

La *marche* de ces abcès n'a rien de spécial, pas plus que leur ouverture. Si l'on n'intervient pas, ils s'ouvrent et deviennent fistuleux. La mort est la terminaison habituelle de cette affection : elle survient au milieu du marasme et de l'hecticité. Dans des cas plus heureux la guérison a lieu par ankylose, ou même avec une restauration relative de la jointure quand on traite à temps l'abcès. Du reste, surtout au point de vue du pronostic, il y a lieu de signaler les variétés étiologiques suivantes de sacro-coxalgie, division émise par Delens : la variété scrofuleuse est la plus grave ; après elle vient la puerpérale, enfin la rhumatismale et la blennorrhagique : ces deux dernières variétés ne suppurent habituellement pas; toutefois Tillaux et Siredey ont publié chacun un cas de sacro-coxalgie blennorrhagique suppurée.

Le *diagnostic* de l'affection qui nous occupe, obscur au début, devient aisé assez rapidement, et les longs prodromes de la période de suppuration permettront habituellement d'établir l'origine de celle-ci. Néanmoins Duplay a publié

une observation où la présence d'un abcès fut constatée par hasard, sans aucune souffrance antérieure.

Obs. XLIII. — Il s'agit, dans ce cas, d'un homme de quarante-quatre ans qui, un an avant, avait eu un peu de malaise général, et, il y a deux mois, avait aperçu presque par hasard une grosseur à la partie externe de l'aine. Cette grosseur n'était autre qu'un abcès par congestion symptomatique d'une sacro-coxalgie et qui avait un autre prolongement ouvert dans le rectum.

Le diagnostic différentiel doit se faire là surtout d'une façon méthodique. La fièvre, symptôme inséparable d'une phlegmasie, et l'absence de tuméfaction éliminent :

1° Toutes les affections douloureuses des nerfs (sciatique, branche du plexus lombaire passant dans la fosse iliaque). Ces névralgies peuvent, il est vrai, coexister : on a dans ce cas les signes de l'affection coxale, notamment d'un abcès au voisinage du sciatique ;

2° La coxalgie hystérique. Une sacro-coxalgie a pu en imposer en effet quelquefois pour une coxalgie hystérique, témoin le cas observé par Verneuil et relaté par Chauvel (1) ;

3° La longue durée fait rejeter le lumbago ;

4° Restent les abcès symptomatiques d'une lésion de la hanche, de l'os coxal, du sacrum, de la colonne lombaire ou enfin de la fosse iliaque.

Il y a en effet lieu de considérer deux cas : abcès externe, abcès interne.

Premier cas : *Abcès externe.* — Toutes les suppurations des parties du squelette voisines de la symphyse sacro-iliaque à son niveau. La diagnose est donc parfois difficile. Toutefois on reconnaît :

a. L'abcès par congestion de la région lombaire à la déformation de son point de départ, ou, si elle manque, à la douleur fixe avec raideur lombaire, à sa réductibilité.

b. L'abcès du sacrum, au siège différent de la douleur ini-

(1) Chauvel, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. VI.

tiale. Du reste, l'ostéite sacrée a pour compagne presque obligée la sacro-coxalgie.

c. Mêmes remarques pour l'ostéite de la partie adjacente de l'os coxal.

d. L'abcès de la fosse iliaque externe a pour lui l'indolence, les signes d'intégrité de la symphyse, enfin un siège plus antérieur.

e. La coxalgie suppurée est, en définitive, l'affection le plus souvent confondue avec la sacro-coxalgie. L'une et l'autre ont en effet comme symptômes communs : les attitudes vicieuses du membre inférieur, la douleur dans les mouvements, la claudication, la déformation de la fesse, etc. ; mais dans la sacro-coxalgie, si le bassin est bien fixé, on peut mouvoir la cuisse sans trop de douleur : le chloroforme d'ailleurs aide à résoudre la question :

Les abcès sont situés au niveau de la symphyse ou un peu en avant, mais toujours plus en arrière sur la fesse que ceux de la coxalgie, et habituellement plus haut. Enfin les fistules, quand elles existent, ne se dirigent nullement vers la hanche.

Comme dernier caractère, signalons l'époque plus tardive d'apparition de la sacro-coxalgie (trente ans, en moyenne).

Deuxième cas : *Abcès en dedans.* — C'est au diagnostic des abcès de la fosse iliaque que nous traiterons ce point.

Le *traitement* de le sacro-coxalgie ne diffère pas sensiblement de celui de la coxalgie : nous y renvoyons le lecteur.

C. Ostéo-arthrite suppurée chronique de la symphyse pubienne.

L'histoire de l'inflammation aiguë de cette articulation est encore à faire, disions-nous plus haut ; celle de l'inflammation chronique n'est pas beaucoup plus avancée. Nous avons pu cependant trouver deux observations de cette affection, l'une de Vincent, de Lyon, l'autre de Lapervenche. Comme ce sont deux cas types de fistules de cette région, avec complications urinaires, nous les publierons dans la seconde partie de notre travail.

Survenant sous l'influence des mêmes causes que la sacro-coxalgie, cette affection a une marche plus rapide. La douleur s'accompagne d'empâtement, aisément perceptible, de la région pelvienne. Puis l'abcès se forme en des points variables. Chez nos deux malades le pus s'était fait jour en arrière de la symphyse et avait ulcéré la vessie, car il en était résulté des fistules urinaires. Du reste, le pus, soit avant, soit pendant, soit après, peut descendre le long des branches pelviennes. Il en résulte, dans le sillon génito-crural, une ou deux tumeurs fluctuantes, suivant que la fusée est uni ou bilatérale (comme dans une de nos observations).

Les symptômes fonctionnels sont en somme assez minimes, et la marche est possible, dans ces deux cas au moins : néanmoins toute mobilisation, à distance, d'un des os coxaux détermine au pubis une douleur variable.

Le voisinage immédiat des organes urinaires explique les troubles dans l'excrétion de l'urine. Ce peut être une simple gêne dans la miction ou une impossibilité absolue d'accomplir cet acte. De plus, la vessie irritée présente des symptômes de cystite : douleurs au bout de la verge, ténesme vésical, etc.

Si l'abcès s'ouvre dans la vessie, la miction devient purulente. L'urine peut alors envahir la cavité du foyer et il y a transformation d'un abcès ostéopathique simple en un abcès à la fois ostéopathique et urinaire, c'est probablement le cas du malade de Lapervenche.

Si l'abcès s'ouvre au dehors primitivement ou consécutivement, une fistule est alors constituée.

Le *diagnostic* est généralement facile, le toucher combiné au cathétérisme, les commémoratifs, permettent de l'établir sûrement. Il n'y a en somme à songer :

1° Qu'à un abcès urineux sans lésion osseuse. Le cathétérisme et la marche de la maladie étiologique (rupture de l'urèthre, ou rétrécissement) font éviter l'erreur ;

2° A un phlegmon de la cavité de Retzius, mais la tumeur est sus et rétro-pubienne et la pression sur la symphyse ou à distance est indolente ;

3° Au relâchement de la symphyse, dans les derniers mois de la grossesse. Là, pas de signes locaux ou généraux de phlegmasie. Nous verrons plus tard la diagnose à la période des fistules.

Le *pronostic* est sérieux, comme celui de toute ostéo-arthrite et eu égard à la possibilité de l'ouverture de l'abcès dans les voies urinaires. Mais à la vérité, un *traitement* bien fait (ouverture et drainage, immobilisation) permet d'empêcher ces complications de survenir.

SEPTIÈME LEÇON

SUPPURATIONS PARIÉTALES INTRA-PELVIENNES

MESSIEURS,

Elles comprennent deux catégories :

1° Celles qui siègent dans la fosse iliaque interne;

2° Celles qui sont formées le long des parois du petit bassin.

§ I. — **Suppurations de la fosse iliaque interne.**

Elles sont très variées et ont été étudiées par de nombreux auteurs : nous citerons au siècle dernier de la Motte, Ledran, Levret, etc.; dans ce siècle-ci, Dupuytren, Dance, Ménière, Velpeau (*Leçons de clinique chirurgicale*, t. III, 1842), Marchal, de Calvi (Thèse de concours, 1844), Nélaton (*Traité de pathologie*, t. V, 277, 2ᵉ édit.), Chassaignac, Grisolle, etc. Tous n'ont pas envisagé la question au même point de vue. C'est ainsi que Velpeau décrit sous ce titre les abcès de cette région de la paroi abdominale circonscrite par la projection des limites de la fosse iliaque ; que Chassaignac et Velpeau du reste aussi rangent dans cette variété les abcès intra-péritonéaux qui ne sont autres que des péritonites enkystées. C'est, à notre sens, trop étendre la question, et, sous ce nom, nous ne décrirons que deux classes d'abcès :

1° Ceux développés entre la séreuse péritonéale et le fascia

iliaca, dans l'atmosphère celluleuse sous-péritonale (variété cellulaire de Marchal, de Calvi);

2° Ceux développés dans le canal iliaque, sous le fascia iliaca, quelle que soit du reste leur origine (variété musculaire de Marchal, de Calvi et qu'il vaudrait mieux appeler d'une façon plus générale variété sous-aponévrotique). C'est assez dire que nous étudierons la psoïtis suppurée.

L'*étiologie* des abcès iliaques est très variée : on peut diviser les causes en huit groupes :

1° Abcès d'origine génito-urinaire : lésions utérines dues à l'accouchement; c'est en effet la puerpéralité qui joue le rôle pathogénique le plus puissant. Le processus est simple : lymphite utérine, adéno-phlegmon iliaque ; opérations sur le col utérin, sur le vagin, sur le vessie. Plus rarement néoplasmes de ces organes (Velpeau). Ce même auteur admettait l'ovarite parenchymateuse (1) comme cause d'abcès iliaque sous-péritonéal. Enfin les lésions du cordon, du testicule; les infiltrations d'urine.

2° Abcès d'origine intestinale : typhlite stercorale, ou autre, perforation de l'appendice iléo-cæcal par corps étrangers ou ulcérations. Affection de l'S iliaque, inflammations, tumeurs, etc.

3° Abcès d'origine inguinale : bubons (Obs. de Velpeau) (2), adénite banale. Les connexions lymphatiques les expliquent aisément.

4° Lésions des vaisseaux de la fosse iliaque, notamment une phlébite de la veine, les désordres chirurgicaux déterminés par la ligature de l'artère iliaque externe.

5° Comme causes éloignées : les lésions rénales (périnéphrite; abcès calculeux), mal de Pott dorsal (dont l'abcès a fusé en avant du psoas). Abcès primitifs d'un organe du bassin (avec fusée consécutive, à la base du ligament large).

Ces cinq groupes de causes amènent la variété cellulaire de l'abcès iliaque.

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p, 219.
(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 221.

6° Abcès d'origine musculaire : toutes les causes de la psoïtis; donc l'accouchement, non, comme le croit Kyll (1), par rupture de fibres musculaires lors de l'écartement des cuisses, au moment du passage de la tête, mais par tendance de l'organisme à former du pus, là plutôt qu'ailleurs, par suite du tiraillement, de la contusion et même de l'hématome possible du psoas, comme le montre une pièce de Virchow (2) dans le *Traité de pathologie* de Nélaton. La psoïtis de cause banale survient surtout après des efforts violents, des marches forcées.

7° Abcès d'origine osseuse et articulaire : sacro-coxalgie, plus rarement la coxalgie ayant amené une perforation de la cavité cotyloïde : ostéite de la fosse iliaque avec abcès primitivement interne, ou d'abord externe, et ensuite interne par perforation de l'os coxal.

8° Causes éloignées : mal de Pott lombaire, coxalgie : dans le premier cas le pus descend; dans le second, il monte dans la gaine du psoas.

Signalons encore un hygroma suppuré de la bourse située sous le psoas.

Ces trois autres groupes forment la variété sous-aponévrotique.

Quant aux causes prédisposantes de ces abcès mentionnons seulement leur plus grande fréquence chez l'homme (Nélaton), la constipation opiniâtre, etc. Ils surviennent chez l'homme de quinze à vingt-cinq ans (Broca) et chez la femme de vingt à trente.

Les *lésions anatomiques* diffèrent suivant les deux grandes classes.

I. *Variété cellulaire.*

C'est presque toujours un adéno-phlegmon. Dans nombre de cas, en effet, l'adénite précède le phlegmon (3).

(1) Kyll, *Journal de Kust*, 1836.
(2) Virchow, *Traité des tumeurs*, trad. française, t. I, p. 141, et Nélaton, *Path. chir.*, t. IV, p. 278, 2e édit.
(3) Voyez quatre cas *in* Nélaton, *Path. chir.*, t. V, p. 378, 2e édit.

Voici les lésions habituelles que dénote l'autopsie : le péritoine est généralement noirâtre, quelquefois avec des exsudats. Le volume de la tumeur, qu'il recouvre, varie depuis celui d'un œuf jusqu'à celui de deux poings. Les limites en sont mal circonscrites : la tumeur est allongée longitudinalement.

A l'ouverture, il s'échappe un pus phlegmoneux, jaune, épais, crémeux ; d'autres fois, quoique conservant ces caractères, il exhale une fétidité remarquable : dans quelques cas enfin il est séreux, grisâtre, mélangé à des débris gangreneux, à des matières stercorales, voire même à de petits corps étrangers venus de l'intestin.

La quantité varie entre quelques grammes et un litre.

La cavité, bien détergée, apparaît mal limitée, irrégulière, tapissée par une fausse membrane lisse ou tomenteuse. La portion d'intestin (cœcum ou S iliaque) en rapport avec le pus est ramollie, quelquefois perforée. Les vaisseaux sont tapissés de pus : on peut voir des troncs lymphatiques volumineux et des ganglions engorgés, ramollis au centre. Les parois de la poche sont plus ou moins épaisses : là en somme c'est du phlegmon.

Les prolongements du foyer ou fusées sont des plus intéressants.

Ils se font en haut, en bas, en dedans ou en avant.

1° En haut : en avant du carré des lombes, dans l'atmosphère celluleuse du rein, y déterminant les lésions de la périnéphrite suppurée ; ou, arrivés au bord du carré des lombes, s'ouvrant un chemin dans le triangle de J.-L. Petit.

2° En bas : dans le canal crural ; l'abcès est alors sous-cutané ; ou derrière la paroi abdominale avec ouverture possible à l'ombilic ou à travers cette paroi, au-dessus de l'arcade crurale.

3° En dedans : dans le petit bassin, le long des vaisseaux iliaques internes. Là le pus peut séjourner quelque temps et se porter :

a. Au dehors, par la grande échancrure sciatique, et prenant le sciatique comme fil conducteur, descendre plus ou

moins loin le long de la cuisse. D'autres fois il reste sous le grand fessier.

b. A travers le trou obturateur.

c. Dans la fosse ischio-rectale.

d. Dans le vagin, le rectum ou la vessie.

L'ouverture de communication est variable : tantôt unique et large, tantôt multiple : ce sont alors de petits pertuis qui, s'ils sont obliques, ne laissent passer que difficilement le pus. D'autres sont disposés en cul-de-poule, surtout dans les perforations vaginales. D'autres fois enfin, les tuniques de l'intestin sont décollées de sorte que l'orifice intestinal est assez éloigné du foyer du pus, et cette disposition valvulaire permet l'évacuation du foyer tout en empêchant l'introduction du contenu intestinal : elle est donc très utile (Nélaton).

4° En avant : dans le cœcum ; les lésions sont les mêmes que ci-dessus ; ou dans le péritoine, et alors il se fait généralement un foyer de péritonite enkystée.

Dans des cas très rares on trouve tous ces désordres réunis ou peu s'en faut. A. Berard (1) a observé chez une femme qui avait succombé à un abcès iliaque, suite de couche, un vaste foyer à la partie postérieure du flanc gauche; il s'était propagé en dehors du péritoine entre la fosse iliaque et l'intestin et avait passé dans la fosse iliaque droite en décollant le péritoine dans la région hypogastrique; il avait remonté de là sur la ligne médiane de l'ombilic et s'était fait jour au dehors. C'était là, probablement, un abcès de la cavité de Retzius, consécutif à un abcès des ligaments larges qui s'était étendu dans la fosse iliaque (2).

Citons enfin comme ouverture rare celle qui se fait dans l'utérus (1 cas de Dance), et exceptionnelle, celle qui se fait dans la veine cave (1 cas de Demeaux).

Jusqu'ici nous avons étudié l'adéno-phlegmon. Dans l'abcès froid, la cavité est moins irrégulière, la fausse membrane plus nette, les parois moins épaisses, le pus séreux, avec des

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1834.
(2) Nélaton, *loc. cit.*, p. 283.

grumeaux qui peuvent donner la sensation des grains hordéiformes (1) : enfin, il y a la voie d'arrivée du pus.

II. *Variété sous-aponévrotique.*

Là également deux sous-variétés : la psoïtis suppurée et l'abcès ostéopathique ou du tissu cellulaire péri-musculaire.

1° *Abcès du psoas.* — L'abcès est unique ou multiple. Dans une observation de Perrochaud (*Bull. soc. anat.*, 1834) la désorganisation avait atteint non seulement le psoas et l'iliaque, mais encore le carré des lombes. Il y avait deux abcès, l'un iliaque, l'autre dorso-lombaire, communiquant à travers le carré et les feuillets antérieur et moyen du transverse ; c'était un véritable abcès en bouton de chemise (2).

Les fibres musculaires sont détruites, réduites en une masse noirâtre et putrilagineuse, comparable à de la pulpe splénique (Chassaignac). Çà et là on rencontre des noyaux plus durs comprimant les nerfs.

Que devient le pus? Le plus habituellement il perfore le fascia iliaca et se transforme en variété cellulaire dont il partage toutes les évolutions possibles ; ou bien se porte en haut jusqu'au voisinage du diaphragme ou encore en bas, et s'accumule dans l'extrémité inférieure du canal iliaque, au voisinage du petit trochanter, refoulant en avant et en dedans les vaisseaux fémoraux : « Perçant alors, dit Velpeau dans ses *Cliniques*, la cloison qui sépare les muscles iliaque et psoas du pectiné ou celle qui est placée entre le premier de ces muscles et le droit antérieur, le pus peut également se porter dans l'excavation sous-obturatrice, glisser entre les adducteurs, au-dessus du premier surtout, et former une tumeur sous l'ischion ; de même qu'en dehors, il s'échappe quelquefois entre les fessiers, triceps et fascia lata, pour proéminer au-dessous du grand trochanter. »

(1) Duplay, *Prog. méd.*, 1876, p. 913.
(2) Marchal, de Calvi, *loc. cit.*, p. 113.

Plus rarement, fusant au-dessus de la crête iliaque, le pus traverse la gaine du carré des lombes, gagne la partie postérieure et se montre dans la région trochantérienne.

2° *Abcès primitivement sous le psoas.* — Il est sessile ou migrateur. S'il est sessile, son point de départ est un foyer d'ostéite ou de carie de l'os coxal ou de l'articulation sacro-iliaque. Son volume est généralement peu considérable : il siège entre le muscle et l'os. S'il est migrateur, le foyer est plus vaste ; il y a là aussi une voie d'entrée du pus, qui est généralement séreux.

Les lésions musculaires sont à tous les degrés possibles.

La marche anatomique est la même que ci-dessus, à part une voie nouvelle éventuelle : la fosse iliaque externe à travers l'os coxal.

Les *symptômes des abcès de la fosse iliaque interne* varient également suivant qu'on a affaire à l'une ou à l'autre des deux classes : ainsi se trouve justifiée cette division. Tous les abcès sous-aponévrotiques, s'accompagnant d'irritation du psoas-iliaque, présenteront une attitude spéciale du membre inférieur (flexion avec abduction) ; ce signe fait défaut habituellement dans les abcès sous-péritonéaux.

De plus, dans les abcès froids, les symptômes généraux manquent.

Étudions d'abord l'adéno-phlegmon. La douleur ouvre la marche : son siège principal est la fosse iliaque, mais elle s'irradie dans les organes génitaux externes, la cuisse, les lombes (irritation du plexus lombaire) ; de plus, engourdissement et fourmillements dans le membre inférieur qui, quand on le remue, exagère la douleur, mais se meut aisément : puis une tumeur se forme, dure d'abord et petite, roulant sous les doigts qui explorent la fosse iliaque ; bientôt elle s'entoure d'une gangue inflammatoire à contours mal limités. En même temps le malade est en proie à une fièvre plus ou moins intense à type rémittent avec troubles digestifs, perte d'appétit, nausées, constipation ou diarrhée. Au bout d'un temps variable, la courbe thermique présente de grandes oscillations, des frissons répétés apparaissent, la douleur, de

sourde devient lancinante. A ce moment la tumeur est plus molle en un point, l'abcès est formé. La fluctuation toutefois est obscure, à moins de parois très maigres et de larges dimensions. La tumeur est devenue immobile, mais, caractère important, la cuisse conserve tous ses mouvements, quoique le siège, parfois, d'œdème (compression des vaisseaux iliaques). Qu'arrive-t-il? Si l'on n'intervient pas, le pus se fait jour dans l'une des directions que nous avons indiquées.

Prenons les cas principaux.

a. Dans l'intestin, l'ouverture est annoncée par une envie subite d'aller à la selle : le malade rend une quantité variable de pus.

b. Dans la vessie, il y a des phénomènes de cystite, puis, à un moment donné, une miction purulente a lieu : c'est du reste à ce symptôme seul qu'est parfois bornée la scène.

c. A l'extérieur, au-dessus de l'arcade crurale, il se forme derrière elle une zone de matité avec voussure et empâtement par accumulation du pus, et refoulement, en haut, de l'intestin, phénomène qu'explique très bien Tillaux, dans son *Traité d'anatomie topographique* (Voy. *Préliminaires anatomiques*).

Peu à peu la peau rougit et le pus fait irruption, par exemple dans un effort de toux.

Quel que soit le siège de l'ouverture extérieure, les symptômes sont les mêmes.

Le pus qui sort est blanc, bien lié, inodore, ou, plus souvent, et sans qu'on doive en induire une perforation intestinale, il est d'une odeur fétide, analogue à celle des matières stercorales : il y aurait alors endosmose gazeuse (Velpeau). Lorsque l'abcès est dû à une perforation intestinale, le pus est constamment fétide, grisâtre, séreux, renfermant quelques bulles de gaz, mélangé souvent à des matières fécales ou à des corps étrangers venant de l'intestin.

Inutile d'ajouter qu'immédiatement après l'ouverture, la tumeur s'affaisse et le malade éprouve un bien-être subit.

La *marche* de l'adéno-phlegmon iliaque est habituellement

assez lente. La suppuration n'a généralement lieu que du vingtième au vingt-sixième jour.

L'ouverture dans les viscères est plus précoce (vingt-cinquième ou trentième jour) que celle à l'extérieur.

Une fois celle-ci faite, l'amélioration peut persister jusqu'à la guérison qui demande au moins six semaines à deux mois, dans les cas heureux. Souvent, à un moment donné, le pus cesse de couler et l'ensemble symptomatique de la phase de suppuration reparaît au grand complet, jusqu'à nouvelle ouverture spontanée ou artificielle.

En somme la terminaison peut survenir de six façons :

1° Par guérison assez rapide, sans rechutes.

2° Par guérisons avec rechutes.

Dans ces deux cas, il reste longtemps une masse indurée.

3° Par mort avec les signes de péritonite (vomissements porracés, douleurs vives, ballonnement du ventre, etc.). D'après Grisolle, cette complication emporterait un sixième des malades.

Elle peut apparaître au début (péritonite par propagation), ou plus tard (péritonite par perforation).

4° Mort très rapide par infection purulente (ouverture de la veine cave).

5° Mort par septicémie aiguë.

6° Enfin, et c'est le cas le plus fréquent, par septicémie chronique, après une longue suppuration dont le malade ne peut faire les frais : cela au bout de longs mois.

Telle est l'histoire clinique de l'adéno-phlegmon iliaque suppuré. Si c'est un abcès froid, la marche est beaucoup plus lente, il y a eu avant les signes de la lésion du point de départ. La tumeur est plus large, plus aplatie, plus fluctuante. Les symptômes généraux font presque totalement défaut ; les signes de phlegmasie locale sont absents. Cependant, si le pus tend à se faire jour au dehors, ils apparaissent. Nous retombons alors dans le cas précédent.

Dans la variété sous-aponévrotique, nous trouvons deux caractères spéciaux, comme nous l'avons dit : flexion, adduction de la cuisse et rotation du pied en dedans, de plus la

tumeur est plus aplatie, l'empâtement de la région iliaque est encore beaucoup plus diffus; il remonte dans la région lombaire; la fluctuation fait presque toujours défaut, excepté à la période ultime, où souvent, du reste, l'aponévrose est perforée et l'abcès s'est transformé en la variété précédente. Il en a naturellement alors toutes les évolutions cliniques possibles.

D'autres fois, le pus descend le long du canalil iaque et apparaît à la partie externe de l'aine, sous forme d'une tumeur fluctuante réductible, réduction qui s'accompagne d'une augmentation de la tumeur iliaque.

La marche de l'abcès sous-aponévrotique diffère peu de celle de la variété cellulaire; elle est peut-être plus lente encore.

La mort est plus fréquente et elle survient souvent d'assez bonne heure par septicémie.

Les abcès froids sous-aponévrotiques doivent être rangés parmi les affections les plus insidieuses, principalement ceux qui siègent sous le muscle psoas iliaque. Au début, il y a une douleur sourde dans la fosse iliaque, exagérée par les mouvements de la cuisse, surtout l'extension forcée. Pendant longtemps tout est borné là; puis on sent de la rénitence, et une légère voussure se dessine sur le plancher iliaque : elle augmente lentement, s'accompagnant des troubles habituels du côté du membre inférieur (flexion, d'où claudication), finalement la fluctuation se perçoit.

Le pus, comme nous l'avons dit, se dirige le plus souvent vers le petit trochanter en suivant la gaine du psoas : il constitue alors une collection, en forme de bissac, fortement bridée par l'arcade de Fallope. La réductibilité s'accompagne parfois d'un phénomène bizarre, signalé notamment dans un cas de Duplay (1) : c'était tout à fait la sensation hordéiforme, perçue dans les kystes à grains riziformes.

Quant à tous les symptômes des abcès par congestion qui peuvent partir de la fosse iliaque, nous les avons déjà décrits.

(1) Duplay, *Prog. méd.*, 1876, p. 913.

Concomitamment, on trouve les signes de la lésion causale (sacro-coxalgie, fémoro-coxalgie, mal de Pott lombaire, etc.).

Ici la *marche* est moins mouvementée que dans les variétés précédentes : la mort, au milieu de la plus complète cachexie, en est l'aboutissant trop fréquent ; ou bien elle survient en quelques jours par septicémie aiguë après ouverture spontanée ou mieux chirurgicale, surtout avant l'emploi de la méthode antiseptique, d'autres fois c'est après une amélioration passagère que le malade succombe.

Il est une autre complication grave qui peut précipiter les événements. Nous avons vu qu'au-dessous du muscle psoas est une bourse muqueuse qui fréquemment communique avec l'articulation. Dans ce cas, le pus a une voie tout ouverte pour passer dans cette vaste cavité articulaire. Il en résulte une arthrite suppurée suraiguë qui emporte rapidement le malade.

Dans les cas heureux, la guérison survient, mais au prix de quels soins, et après combien de mois !

Le *diagnostic des abcès iliaques* comprend : 1° le diagnostic différentiel ; 2° le diagnostic topographique ; 3° le diagnostic étiologique ; 4° enfin le diagnostic des complications.

A. *Diagnostic différentiel.*

Deux cas se présentent : affection aiguë, affection chronique.

I. *Abcès aigu.* — On doit songer à :

1° Un abcès de l'ovaire ; au musée Dupuytren (426, A) il y a un bel exemple d'abcès de cette nature pris pour un phlegmon iliaque. La pièce a été préparée par Richet.

Caractères : tumeur globuleuse, plus superficielle, plus interne, souvent mobile (Grisolle), parfois bosselée. Elle s'est accompagnée de phénomènes de péritonite, d'intensité variable.

2° Une péritonite iliaque enkystée : c'est surtout la superficialité et parfois une zone de sonorité externe (interposition

de l'intestin). De plus, au début, douleur plus vive, pongitive, accompagnée de nausées et de vomissements porracés.

3° Abcès périnéphrétique autour d'un rein en ectopie; plus grande mobilité, graviers et dépôts urinaires.

4° Typhlite : boudin allongé, rénitent, mobile, symptômes digestifs marqués : constipation ou diarrhée, etc. Ajoutons que typhlite et abcès iliaque ne s'excluent pas du tout l'un l'autre, le premier engendrant volontiers le second.

5° Psoïtis non suppurée : pas de fluctuation, pas de signes de suppuration ; grandes oscillations thermiques avec frissons répétés.

II. *Abcès froid.*

1° L'absence de fluctuation, de tout symptôme de formation de pus, élimine l'adénopathie simple, le chondrome, le fibrome, l'ostéo-sarcome, ainsi que la tumeur stercorale, l'ectopie rénale, les anses intestinales agglomérées par une péritonite ancienne.

S'il y a fluctuation on reconnaît :

2° L'anévrysme iliaque à ses battements, à ses mouvements d'expansion.

3° Le kyste de l'ovaire (petit kyste par exemple, fixé par des adhérences dans une des fosses iliaques) a une circonscription plus nette, une durée plus longue. L'utérus est plus ou moins dévié, enfin une ponction lève tous les doutes.

4° Transformation kystique de ganglions iliaques (Duplay), mêmes caractères de circonscription nette, etc.

5° Tumeur du foie (kyste hydatique); elle se prolonge vers le foie, grande mobilité, superficialité.

Une intégrité complète de la fosse iliaque et des troubles non douteux dans le fonctionnement de l'articulation coxo-fémorale permettent de rattacher à sa vraie cause la flexion de la cuisse que l'on peut voir dans les deux affections.

B. *Diagnostic topographique.*

Deux signes très importants : flexion de la cuisse dans la variété sous-aponévrotique et exagération considérable de la

douleur par les mouvements. Accessoirement : si le huitième jour on trouve de la fluctuation sur le trajet du psoas, au-dessous de l'arcade de Fallope, c'est un abcès sous-aponévrotique (Nélaton, Velpeau). Si l'abcès apparaît au-dessus de l'arcade ou dans le canal crural, c'est un abcès sous-péritonéal. S'il a présenté successivement les deux groupes de signes, c'est une transformation qui s'est faite. Ce diagnostic des deux variétés n'est pas oiseux, car, d'une façon générale, la variété sous-aponévrotique est plus grave que l'autre.

C. *Diagnostic étiologique.*

Il ne peut se résoudre que par la recherche minutieuse des causes, l'exploration des lésions organiques qui peuvent les engendrer dans l'utérus, la vessie, l'intestin, la colonne vertébrale, les articulations sacro-iliaque et coxo-fémorale, l'os coxal, etc. L'abcès par congestion est un des plus faciles à reconnaître. L'abcès stercoral et l'abcès ostéopathique ont chacun une odeur spéciale.

D. *Diagnostic des complications.*

Nous les avons déjà exposées : le ballonnement du ventre, les vomissements porracés indiquent la péritonite. Les selles fétides, mêlées à du pus, indiquent l'ouverture dans l'intestin : le toucher rectal peut d'ailleurs faire reconnaître le siège de la perforation; les urines purulentes, la perforation de la vessie; la leucorrhée purulente, l'ouverture par le vagin ou l'utérus ; le spéculum permet parfois d'apercevoir au fond du vagin un petit orifice par où suinte le pus ; au simple toucher, on sent quelquefois une saillie en cul-de-poule, autour de laquelle sont de profondes indurations : c'est là l'orifice de l'abcès (Nélaton).

La mort rapide avec infection purulente indique un épanchement de pus dans le torrent circulatoire.

Quant aux fusées à l'extérieur, nous en avons déjà fait la diagnose et nous la compléterons dans les chapitres suivants.

Le *pronostic* des abcès iliaques réclame lui aussi la division en catégories ; mais d'une façon générale c'est une affection grave, car la terminaison par résorption est très rare.

1° Les adéno-phlegmons par contusion, fatigues, lésions utérines non puerpérales sont les moins dangereux.

2° Après eux viennent les abcès puerpéraux.

3° Puis les abcès stercoraux qui sont des plus graves, par suite de la gangrène qui est la conséquence presque obligée de l'épanchement des matières fécales.

4° Sur un pied presque égal, on peut ranger les abcès froids, surtout ceux d'origine osseuse, ceux par congestion surtout.

L'ouverture spontanée doit entrer aussi en ligne de compte pour établir ce bilan.

Contrairement à l'opinion de Dance, Grisolle a montré que l'issue par la paroi abdominale est préférable à celle par l'intestin. Parmi les ouvertures dans les organes creux, celle dans la vaginale est la plus favorable : par contre l'ouverture double, cutanée et intestinale est la plus fâcheuse : il en résulte une fistule stercorale intarissable.

Naturellement, il faut tenir compte de l'état de résistance du sujet, de l'étendue des lésions, etc. Ajoutons qu'un premier abcès ne garantit pas du tout d'un second.

Le *traitement* comprend plusieurs indications :

1° Prévenir la suppuration : émissions sanguines (sangsues, etc.), bains, cataplasmes, au début. A partir du sixième jour, vésicatoires, sulfate de quinine. Comme adjuvants : purgatifs.

2° Ouvrir l'abcès. Où ? au point le plus déclive, si c'est possible. Généralement c'est au-dessus de l'arcade de Fallope que l'on incise. Tillaux, comme nous l'avons dit aux préliminaires anatomiques, a bien montré que le pus en s'accumulant en ce point refoulait en haut et en dedans l'anse intestinale. Toutefois Dupuytren a, un jour, ouvert le cæcum : la per-

cussion, en dénotant de la sonorité, aurait pu faire éviter l'erreur.

Par prudence il faut inciser couche par couche, puis après un abondant lavage on met un gros drain et un pansement phéniqué. L'antisepsie est en effet de rigueur. La compression et un régime reconstituant seront d'excellents adjuvants du traitement. Comme ouvertures à pratiquer plus rarement, signalons :

1° Aux lombes (Barthélemy (1), de Saumur). C'est bon quand l'abcès fuse vers cette région, mais il faut toujours craindre de léser le péritoine.

2° Dans le vagin (Boinet, Piotay). Celui-ci rapporte, dans sa thèse (2), un cas où la simple pression des valves du spéculum amena la rupture de l'abcès.

3° Par la fosse iliaque externe à l'aide de la trépanation de l'os coxal (Voy. chapitre des *Fistules*).

Les abcès froids sont passibles des injections iodées, du grattage avec ablation du foyer osseux malade. Nous aurons du reste l'occasion d'y revenir. Enfin, à la suite d'abcès, il peut rester des noyaux d'induration, exposant à des récidives : on les fait disparaître habituellement par des vésicatoires volants. Un bandage réduira la hernie, qui survient parfois, après la cicatrisation de l'incision. Quant aux traitements des fistules consécutives à ces abcès nous les verrons plus tard.

§ II. — Abcès pariétaux du petit bassin.

Nous avons peu de choses à dire sur ces abcès. En effet, ils restent rarement circonscrits à cette région : très rapidement ils fusent en haut et forment les abcès iliaques déjà décrits, ou mieux en bas et en dehors par la grande échancrure sciatique ou le trou obturateur. On a alors des abcès péritrochantériens; nous les avons suffisamment étudiés.

(1) Barthélemy, *Abcès de la fosse iliaque* (*Annales de chir. française*, 1841, t. II, p. 288).

(2) Piotay, Thèse, Paris, 18[illegible]7. Obs. XIV.

D'autres fois ils s'ouvrent dans les viscères creux du petit bassin, tout comme les abcès iliaques, par l'excellente raison que ceux-ci se sont transformés en ceux-là, avant leur perforation.

Les *causes* les plus fréquentes de ces abcès sont les inflammations des viscères pelviens, et, ensuite, la coxalgie. Sur 112 coxalgies suppurées, R. Good (1) les a notés 16 fois.

La suppuration pelvienne se développe soit par issue du pus à travers la paroi acétabulaire perforée (11 fois sur 16, Good), soit par propagation de l'ostéite à la face interne de cette partie de l'os coxal (5 fois sur 16). On a signalé également des abcès de la face antérieure du sacrum, dont le point de départ était une lésion de cet os (ostéite ou carie).

Les *lésions* dans ces abcès consistent en des décollements plus ou moins étendus. Si c'est latéralement qu'est le pus, il peut se porter directement en bas (ce qui a lieu quand il s'est formé au-dessous de l'insertion de l'obturateur), ou bien en dedans, sur le plancher constitué par le releveur de l'anus. Il forme là un foyer, entre le muscle et le péritoine. A la longue il perfore le releveur, descend dans la fosse ischio-rectale. Là, formation d'une seconde collection purulente, qui, lorsqu'elle s'ouvre, donne naissance à la variété de fistule dite *fistule de l'espace pelvirectal supérieur*. Quand l'abcès naît de la concavité du sacrum, il s'accumule dans le méso-rectum et finalement s'ouvre dans le rectum, ou à l'extérieur près de l'anus, ou encore à la fois en dedans et en dehors ; dans tous les cas, il persiste également des fistules intarissables ou du moins fort longues.

Nous avons vu les autres ouvertures possibles.

Les *symptômes* des abcès du pelvis sont assez obscurs au début, même s'ils sont aigus. Toutefois distinguons les deux cas.

Premier cas : *Abcès chaud.* — Au cours d'une des affections causales signalées, le malade éprouve de vives douleurs dans le petit bassin, douleurs lancinantes, s'irradiant dans les aines

(1) Good, cité par Mathieu et Strauss in *Dict. encycl.*, art. Coxalgie, p. 20.

et les cuisses; la fièvre est intense ; elle s'accompagne de frissons répétés. Au palper on sent un empâtement vague et profond, et c'est surtout le toucher qui donne les meilleurs renseignements : toucher rectal chez l'homme, toucher vaginal et rectal chez la femme. On sent une tumeur mollasse à l'un des sièges indiqués. La moindre pression exagère la douleur et arrache des cris au malade.

Au bout de quelques jours, l'abcès se fait jour avec les caractères que nous avons mentionnés.

Deuxième cas : *Abcès froid.* — Pendant de longues semaines l'ensemble symptomatique peut être borné à une douleur sourde que l'on attribue volontiers à l'affection causale (coxalgie, etc.). Puis le malade éprouve parfois une gêne singulière dans le fonctionnement de la vessie ou du rectum. On touche et on trouve alors une tumeur fluctuante de volume variable, généralement assez considérable, car les abcès de petit volume ne seraient pas perçus (Barwell).

L'abcès progresse lentement et finalement s'ouvre au dehors ou fuse au loin, notamment dans la fosse iliaque, ce que Hancock attribue au décubitus favori des coxalgiques.

La *marche* des abcès chauds est assez rapide, mais celle des abcès froids est particulièrement lente. Après être restés longtemps stationnaires, ils peuvent prendre une allure plus aiguë.

Le *diagnostic* ne peut se faire que par l'exploration digitale, et l'examen des régions environnantes. Il est délicat au début, plus simple à la période d'état.

Dans les cas aigus on ne peut songer qu'à une ostéite ou à un phlegmon simple, mais alors la mollesse particulière de l'abcès fait défaut.

Dans les cas chroniques, c'est avec une tumeur (enchondrome, exostose, etc.) des parois qu'il faut établir le diagnostic. Mais dans ces cas l'état général est ordinairement indemne; il n'y a pas de coxalgie ni autres affections causales. Toutefois la coexistence de plusieurs affections est possible : les caractères locaux, notamment la dureté beaucoup plus grande des tumeurs, ont alors une valeur capitale.

Quand les abcès ont fusé, il faut savoir par une exploration méthodique remonter à la source.

Le *pronostic* de ces abcès est toujours sérieux ; toutefois la gravité des abcès froids l'emporte de beaucoup sur celle des autres. Ils sont en effet liés à une affection extrêmement longue, fréquemment incurable. Le malade meurt cachectique. C'est notamment au point de vue de la résection de la hanche que ces abcès sont importants ; ils contre-indiqueraient, pour certains, l'opération. Toutefois Hancock et Barwell conseillent même dans ces cas l'intervention. Good, nous l'avons dit, en a trouvé 6 cas sur 112 coxalgies : 4 furent traités par la trépanation du cotyle et guérirent. Pour résoudre complètement la question du pronostic, il faut encore tenir compte du siège, de l'étendue des lésions, de l'état général des fusées, etc.

Le *traitement* ne présente rien de particulier hormis dans la variété d'origine acétabulaire, auquel cas, il faut, dans la résection de la hanche, pratiquer la trépanation de la paroi acétabulaire pour donner issue au pus.

Une petite particularité opératoire est à noter pour l'abcès de la concavité du sacrum qui vient faire saillie sur le bord interne de la grande échancrure sciatique. Il faut faire une incision longue, profonde, parallèle au bord du sacrum, sectionnant les fibres du grand fessier et les insertions du grand ligament sacro-sciatique qui mettrait obstacle à la progression du pus (Ollier).

HUITIÈME LEÇON

ABCÈS OSTÉOPATHIQUES SESSILES

Messieurs,

Nous avons étudié en détails les abcès ostéopathiques du grand trochanter et ceux qui ont pour origine une ostéo-arthrite des articulations du bassin ; il nous reste donc à décrire seulement les collections purulentes aiguës ou chroniques symptomatiques d'une lésion de l'os coxal ou du sacrum.

Comme nous l'avons vu dans nos préliminaires anatomiques, l'évolution du squelette du bassin comprend deux périodes : la première, de la naissance à la puberté, s'étend jusqu'à l'ossification complète de la cavité cotyloïde ; la seconde, de la puberté à l'âge de vingt-cinq ou trente ans, coïncide avec l'apparition et la soudure des épiphyses.

Gouilloud (1) a parfaitement montré, dans son excellente thèse, que deux groupes d'ostéites à symptômes un peu différents correspondaient à ces deux phases d'évolution dans l'os coxal. Dans la première, ce sont des ostéites péri-cotyloïdiennes ; dans la deuxième, ce sont des ostéites épiphysaires, donc périphériques ou marginales.

Plus tard, la lésion affecte volontiers encore les épiphyses.

Pareille distinction peut également être établie pour les

(1) Gouilloud, Thèse de Lyon, 1883

autres parties du squelette pelvien, comme le fait remarquer Gouilloud. C'est ainsi qu'au pubis la lésion de la première période siège sur la branche horizontale, et dans la seconde sur la branche ischio-pubienne ; c'est une ostéite épiphysaire ou juxta-épiphysaire.

Pour l'ischion, le fait rationnellement doit exister, mais jusqu'ici l'observation n'est pas venue sanctionner la théorie.

Pour le sacrum, il s'agit principalement d'ostéites épiphysaires. Néanmoins, par suite de sa grande richesse en tissu spongieux, le corps de l'os peut être atteint d'ostéite ou de carie, point de départ d'abcès.

Les *causes* de ces suppurations sont au nombre de deux principales :

1° L'ostéomyélite, que des travaux contemporains déclarent être infectieuse, la plupart du temps tout au moins, mais qui apparaît presque toujours à la suite de fatigues exagérées ;

2° La tuberculose osseuse, la carie ;

3° L'ostéite simple, dite de croissance, celle du décours des fièvres éruptives ou de la fièvre typhoïde.

Parmi les causes accidentelles, les projectiles de guerre tiennent le premier rang : balle, éclats d'obus, etc. ; puis viennent les contusions, les chutes, les fractures, etc.

Le sexe ne paraît pas avoir grande influence, mais il en est tout autrement de l'âge : c'est surtout à la puberté et pendant la jeunesse. Nous avons vu pourquoi.

Avant de passer aux symptômes citons deux observations tirées de notre service :

Obs. XLIV. — *Abcès symptomatique d'une nécrose de l'épine iliaque postéro-supérieure* (Obs. CCX extraite du tome I de nos *Cliniques*, p. 298). — B... (Jules), vingt-sept ans, entre le 5 janvier 1874. A eu des manifestations scrofuleuses du cou, des yeux et du cuir chevelu pendant son enfance. Début il y a huit mois. Chute ; le siège porte sur une enclume. Depuis lors douleurs vives au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure. Exagération des douleurs surtout depuis sept mois. Impossibité de travailler.

Actuellement, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, peau normale recouvrant une tumeur du volume d'une pomme ; la pulpe du doigt pénètre dans une dépression située sur la symphyse. Ponction :

issue de pus séreux; constatation d'un petit séquestre immobile. Drain. Injections iodées. Toniques.

Exeat le 12 mars avec une fistule qui permet d'arriver sur le séquestre encore immobile, entouré d'une zone ramollie et bourgeonnante. Le malade est cependant amélioré.

Obs. XLV. — *Abcès ostéopathique de la fosse iliaque externe.* — L. Pigué, dix-neuf ans, cuisinière, entre le 10 mai 1883, salle Denonvilliers, n° 48. Pas d'antécédents héréditaires. Manifestations strumeuses dans l'enfance ; gourme, maux d'yeux, etc. A dix ans pleurésie ; rhume tous les hivers depuis lors, pas d'hémoptysies. Réglée à treize ans régulièrement. Il y a deux ans, douleurs rhumatismales dans les jambes. En août 1882, apparition d'une grosseur à la partie supérieure de la fesse gauche; accroissement lent, sans douleur, simple gêne dans la marche.

Actuellement elle a le volume des deux poings ; située à 9 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure, sa limite inférieure est à 14 centimètres du pli fessier. La pression détermine une légère sensibilité sur la crête iliaque. Santé assez bonne.

19 *mai.* — Opération : incision verticale. On arrive sur une poche contenant du pus crémeux et des masses caséeuses; grattages de la cavité; l'os est ainsi mis à nu ; sa face externe est atteinte d'ostéite probablement tuberculeuse. Ablation de toute la portion altérée.

Des tubes à drainage sont placés au fond de la plaie dont les lèvres sont réunies par des points de suture. Lavage à la solution forte. Pansement Lister.

Les suites de l'opération furent heureuses ; au bout d'un mois la malade pouvait se lever; huit jours plus tard elle marchait et le 19 juillet elle partait pour le Vésinet.

Obs. XLVI. — *Vaste abcès froid de la région sacro-iliaque sans dénudation osseuse apparente, mais dû probablement à une ostéo-périostite juxta-épiphysaire. Grattage.* — Seg..., trente ans, employé, entre le 2 janvier 1884, salle Cloquet, n° 80. Parents morts tuberculeux. Bronchite depuis deux ans, mais pas assez forte pour nécessiter le repos au lit. Pas d'hémoptysie. Il y a trois mois, apparition d'une tumeur au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, indolente; accroissement lent. Assez bon état général.

État actuel. — La tumeur a le volume d'une tête de fœtus, globuleuse, à limites bien précises, excepté en bas, fluctuante ; peau d'une rougeur un peu livide en un point.

Une ponction, avec aspiration, donne issue à 300 grammes de pus mal lié, rougeâtre.

21 *janvier.* — Incision de 7 à 8 centimètres. Grattage des parois de la poche, irrégulière et cloisonnée; pas de dénudation osseuse apparente. Lavages antiseptiques; drain à l'angle inférieur ; suture.

Les suites de l'opération ont été bénignes et le malade est sorti le 31 janvier, non complètement cicatrisé, il est vrai.

Voici un autre cas emprunté à Lannelongue (1) :

Obs. XLVII. — *Ostéomyélite de l'os iliaque. Mort* (Résumé). — Fillette de onze ans, non scrofuleuse, d'une bonne santé habituelle. Elle se sent fatiguée le soir, depuis quelque temps, Tombée malade le 10 septembre avec douleurs vives dans la fesse gauche ; tuméfaction le 21 septembre. Le 2 octobre elle est apportée dans le service de M. Lannelongue, qui constate un empâtement extrême de la région (fesse et articulation sacro-iliaque), il fait corps avec l'os ; la douleur est excessive et la température très élevée.

Le 14 la suppuration est manifeste ; incision ; l'os iliaque est à nu, près de l'articulation sacro-iliaque. Pas d'amélioration.

Le 1er novembre, on constate une perforation de la fosse iliaque et une altération profonde de la symphyse.

Le 2, on agrandit l'ouverture afin de donner issue au pus collecté dans la fosse iliaque interne. Lavages antiseptiques. Les jours suivants, issue abondante de pus et de parcelles osseuses.

Le 25, symptômes de thrombose veineuse, qui s'étend bientôt à l'autre jambe (donc thrombose de la partie inférieure de la veine cave).

20 *décembre*. — Mort, après avoir présenté de très fréquents frissons.

Autopsie. — 1° Dénudation de la moitié postérieure de la fosse iliaque, avec légères érosions de l'os. A 2 centimètres de la crête iliaque et à 2 centimètres et demi de la symphyse, perforation irrégulière de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. A côté, l'os présente des irrégularités et de petites ouvertures par lesquelles le pus suinte. Séquestre mobile vers la partie la plus épaisse de la crête iliaque ; pus infiltré entre les lames de l'os. Enfin, l'articulation sacro-iliaque est désunie, et les surfaces de la symphyse dépourvues dans toute leur étendue de leur tissu unissant.

L'histoire clinique et les lésions des ostéites du bassin varient tellement suivant qu'il s'agit d'un cas aigu ou d'un cas chronique, que nous devons scinder leur étude.

§ I. — **Abcès ostéopathiques aigus.**

Terminaison habituelle de l'ostéomyélite aiguë, ils sont précédés de tous ses symptômes. La troisième observation que nous

(1) Lannelongue, *Ostéomyélite*, p. 163.

avons citée constitue un véritable modèle, un type classique.

Presque toujours à la suite de fatigues excessives le sujet se plaint de douleurs vagues d'abord, puis bientôt violentes, en un point circonscrit. Ces souffrances sont particulièrement atroces, les Anglais leur ont donné le nom d'excruciantes. Elles sont profondes, térébrantes. En même temps, et même assez souvent avant, se déclare une fièvre intense, et rapidement apparaissent des phénomènes typhoïdes. La fosse iliaque s'empâte, mais profondément, et on sent que cela fait corps avec l'os : c'est du reste assez difficile à constater, car la moindre pression est intolérable et le malade pousse des cris d'effroi dès qu'on approche la main. La peau est le siège, parfois, de marbrures, de taches erythémateuses, d'une dilatation veineuse très apparente, d'un œdème rosé manifeste. Ce n'est toutefois qu'au bout d'un temps assez long (vingt-quatre jours dans l'observation de Lannelongue) que le signe certain de la suppuration, la fluctuation, s'ajoute aux signes de présomption que nous avons énumérés.

Si l'on n'intervient pas, le pus perfore les téguments et s'écoule en quantité variable, entraînant quelquefois avec lui des parcelles osseuses. Il s'établit alors une fistule que nous aurons à étudier plus tard : disons tout de suite qu'au bout de plusieurs semaines la suppuration peut se tarir spontanément et la guérison survenir. C'est rare : presque toujours il faut intervenir et enlever le séquestre cause de la suppuration. D'autres fois, après plusieurs années de guérison, il survient une nouvelle poussée inflammatoire qui remet tout en question. C'est l'ostéo-myélite prolongée que nous avons signalée il y a déjà longtemps et qui a été étudiée de nouveau par Lannelongue et Comby (1). Dix à douze ans peuvent fort bien séparer les deux manifestations de la maladie osseuse.

Nous croyons inutile d'ajouter qu'au moment de l'ouverture de l'abcès, il y a une détente générale, une amélioration subite.

(1) Lannelongue et Comby, *Mémoire sur l'ostéo-myélite prolongée*, Paris, 1881.

Les troubles fonctionnels sont souvent peu accentués, et en prenant des précautions, il est possible de faire exécuter au membre inférieur tous les mouvements. Ce caractère persiste dans les poussées secondaires, aussi a-t-il une valeur diagnostique considérable.

Telle est la marche habituelle de cette affection que Schutzenberger appela périostite phlegmoneuse, Chassaignac, abcès sous-périostique, et qu'on est convenu de dénommer, depuis les travaux de Lannelongue, ostéo-myélite. Il existe plusieurs autres types cliniques qu'il nous faut esquisser : 1° chez les jeunes enfants, par exemple, comme l'a fait remarquer Billroth, la maladie affecte une forme plus bénigne. Il y a prédominance des phénomènes locaux. L'inflammation est franche: la suppuration se fait assez vite, et l'amélioration survient immédiatement après l'ouverture. La réaction générale est atténuée : si elle est intense, elle n'affecte nullement la forme typhoïde.

Dans tous ces cas, la lésion est peu grave, et la nécrose de minime étendue. La guérison complète est la règle.

2° Tout autre est la forme suraiguë, qui marque son invasion par des symptômes généraux tels, que la détermination locale peut passer inaperçue les premiers jours. Le malade est plongé dans la stupeur ou dans un délire violent : les yeux sont hagards, la langue sèche, fuligineuse, la soif intense, l'appétit nul; le ventre est ballonné; il y a de la diarrhée ; la température atteint 40° et au delà; le pouls bat à 120 pulsations. La mort peut survenir au bout de trois ou quatre jours au milieu de la prostration et du coma.

Entre ces deux formes extrêmes, il y a tous les intermédiaires possibles.

Le *pronostic* de l'ostéo-myélite suppurée se déduit tout naturellement de la forme clinique à laquelle on a affaire. C'est une affection qui compromet rarement la vie, surtout quand on agit à temps ; mais c'est une affection sérieuse, car elle s'accompagne, dans l'immense majorité des cas, de nécrose qui nécessite une intervention chirurgicale importante et entraîne des suppurations prolongées. Toutefois, nous le

répétons, il est des cas où une simple incision amène la guérison. Il faut également compter avec les récidives à longue échéance, avec certaines complications, telles que les fusées purulentes à l'extérieur, ou dans le bassin, l'infection purulente, la septicémie aiguë, la septicémie chronique par suite de suppurations interminables. Notons, parfois, l'irruption du pus dans l'articulation voisine, hanche ou symphyse, suivant le siège.

Les *lésions* de l'ostéo-myélite suppurée peuvent s'étudier, en quelque sorte sur le vivant, car l'intervention oblige à de larges incisions. Après avoir incisé la couche des muscles, fort épaisse lors d'ostéite péricotyloïdienne, on tombe sur un foyer d'étendue variable, mais dont la paroi profonde est toujours l'os dénudé. Le périoste est, en effet, constamment décollé : la dénomination d'abcès sous-périostique est donc bien justifiée.

La portion denudée de l'os coxal est érodée, rugueuse. Quelquefois, comme dans l'observation de Lannelongue, il y a de petits trous mettant à nu le diploé, ou comprenant même les deux tables osseuses. C'est alors qu'à la face interne de l'os des iles s'est formé un abcès analogue au premier. Il existe presque constamment un séquestre plus ou moins volumineux, pouvant aisément atteindre 3 ou 4 centimètres de long et 1 de large, principalement quand il s'agit d'ostéite juxta-marginale. Dans la variété dite juxta-épiphysaire, leurs dimensions sont plus réduites. Ces séquestres acquièrent la mobilité, si précieuse pour leur extraction, au bout d'un temps très variable, généralement plusieurs semaines.

La provenance de ces séquestres est des plus simples à expliquer : ce sont des épiphyses (séquestre des périphériques) ou des points complémentaires (séquestres péricotyloïdiens), qui, privés des sucs nutritifs, par l'inflammation de la zone cartilagineuse qui sert à leur développement, cessent de vivre.

Lorsque, à l'aide d'un fort scalpel, on essaye de faire une coupe sur l'os coxal, on constate qu'il est moins résistant et se laisse entamer : sur la surface du rectum on voit sourdre

du pus, ou tout au moins les aréoles du diploé en sont pleines. Quant aux lésions des complications, arthrites, fusées purulentes, etc., nous les avons suffisamment décrites dans les chapitres précédents.

Le *diagnostic* des abcès sous-périostiques aigus est parfois extrêmement difficile et demande des distinctions suivant la gravité des symptômes généraux, ou l'intensité des symptômes locaux ; et là, suivant qu'il est au voisinage des articulations ou à la périphérie de l'os.

Premier cas. — Il y a prédominance marquée des symptômes généraux. Ils peuvent en imposer pour une fièvre typhoïde, une fièvre éruptive au début (Giraldès), une méningite, un rhumatisme. Mais, outre que ces affections ont des symptômes qui leur sont propres, il suffit en pareil cas de songer à l'erreur pour l'éviter, et un examen méthodique et complet de tout le corps suffit pour éviter l'écueil. On trouve, en effet, au niveau du bassin un point douloureux, empâté, présentant les signes d'une phlegmasie locale.

Deuxième cas. — Il y a prédominance des symptômes locaux.

1° L'absence de fièvre élimine de suite la névralgie sciatique et la myodynie.

2° Le phlegmon diffus suppuré et autres phlegmasies des parties molles n'ont pas cette douleur spéciale profonde, térébrante, la suppuration apparaît beaucoup plus tôt.

3° Quant à l'ostéo-périostite simple, elle est si rarement aiguë qu'il n'y a pas lieu de s'en occuper.

Si l'abcès siège près d'une articulation, il peut être pris pour une arthrite. Mais lors d'abcès, les mouvements sont indemnes ; toutefois, il peut être nécessaire de recourir à l'anesthésie chloroformique pour constater cette intégrité de la jointure. De plus, les arthrites aiguës du bassin sont bien rares.

Ajoutons que la coexistence des deux est possible, l'arthrite étant cependant consécutive. On a alors l'ostéo-arthrite. Nous avons eu l'occasion de citer, dans le cours de notre travail, plusieurs cas qui rentrent dans cette catégorie.

Le diagnostic d'abcès posé, il faut encore essayer de déterminer l'étendue des lésions, ce qui n'est possible qu'après l'ouverture : le stylet, ou mieux le doigt, le permettent assez aisément. Même exploration pour voir si le séquestre est mobile ou non.

Jusqu'ici nous avons décrit presque exclusivement l'ostéomyélite suppurée de la crête iliaque et des environs de la cavité cotyloïde. Trois autres points peuvent être atteints et présenter quelques différences symptomatiques : le pubis, le sacrum et l'ischion.

I. *Ostéo-myélite suppurée du pubis.*

Dans la thèse de Gouilloud (1), nous trouvons une observation qui nous dispense de longs dévoloppements.

Obs. XLVIII. — *Ostéo-myélite aiguë du pubis. Mort. Autopsie* (Obs. recueillie dans le service de M. Ollier). — Jeune homme de vingt ans, journalier, a toujours joui d'une parfaite santé. Le 8 février, après s'être fatigué à charger des bonbonnes, malaise général, frissons, douleur à la racine de la cuisse gauche. Il se déroule des symptômes typhoïdes qui le font admettre en médecine, d'où il est envoyé en chirurgie le 23 février.

On constate une tuméfaction considérable à fluctuation obscure, occupant la région crurale gauche et surtout la face interne de la cuisse dans son tiers supérieur. La tuméfaction remonte dans la fosse iliaque, à 4 centimètres au-dessus de l'arcade. Par le toucher rectal, on la retrouve sur la face interne de l'ischion.

Les petits mouvements de la cuisse sur le bassin ne sont pas douloureux; il en est de même de la pression contre le genou. L'ébranlement de la crête iliaque ne provoque pas non plus de douleurs. Le malade a des lancées constantes dans le haut de la cuisse. Les deux membres inférieurs sont dans la flexion. P. 110, T. 40°,9. Prostration, face pâle, météorisme abdominal.

26 *février*. — Ponction sur la face interne de la cuisse : issue de 60 grammes de pus louable avec quelques grumeaux.

11 *mars*. — On a dû faire, le 27, au point de vue de la ponction, une incision qui a donné issue à 30 grammes de pus, depuis lors à l'aide d'un stylet on en a fait couler un peu.

(1) Gouilloud, *loc. cit.*, p. 38.

Il y a trois jours que les mouvements de la cuisse sont devenus très douloureux.

17. — Ces jours-ci, œdème du membre inférieur gauche, dépôt purulent dans les urines. Appareil silicaté pour immobiliser la hanche.

20. — Mort.

Autopsie. — Vaste abcès occupant la face postérieure du pubis, remontant jusqu'à 4 centimètres, le long du psoas. Toute la symphyse, la branche horizontale et la branche descendante du pubis gauche sont plongées dans du pus existant soit en avant, soit en arrière.

L'articulation coxo-fémorale présente tous les désordres de l'ostéo-arthrite suppurée, mais ne paraît pas communiquer avec l'abcès du pli génito-crural.

La symphyse pubienne est mobile et se désarticule par une traction modérée.

Du côté des poumons, congestion générale et hépatisation du poumon gauche.

Cet ensemble symptomatique est si net qu'il nous semble inutile d'insister sur le diagnostic : ce ne serait qu'avec un abcès urineux qu'on pourrait confondre cette variété d'abcès ostéopathique. Les commémoratifs et un cathétérisme jugent la question.

Quant au pronostic, l'ostéiste de la branche horizontale est plus grave, parce qu'elle peut léser la vessie plus aisément.

II. *Ostéite de l'ischion.*

Ici les symptômes généraux sont rarement intenses. Il se forme à la région de l'ischion, ou plutôt dans la fosse ischio-rectale, un empâtement, avec rougeur des téguments : le doigt introduit dans le rectum constate que le point de départ n'est point près des parois de ce conduit, mais sur l'ischion où la moindre pression éveille de vives douleurs : l'abcès ouvert laisse pénétrer une fistule fréquemment suivie d'une ou de plusieurs autres, comme nous le verrons dans notre étude sur les fistules pelviennes.

Le diagnostic là encore est assez simple.

III. *Ostéite du sacrum.*

Elle est raremement aiguë : elle s'accompagne d'empâtement et de rougeur, quand elle siège sur sa face convexe ; la fluctuation y est rapidement perçue.

Les abcès qui naissent de la face concave se portent généralement autour de l'anus.

Le toucher rectal est le meilleur élément de diagnostic.

Avant d'aborder le traitement de ces ostéites et ostéomyélites aiguës suppurées, nous ferons l'histoire des suppurations chroniques.

§ II. — **Abcès ostéopathiques chroniques.**

Ils surviennent, comme nous l'avons vu, à la suite de tuberculose osseuse, de carie, d'ostéite simple, des os du bassin, mais c'est rare, ou de l'enkystement d'un projectile.

Là, point de symptomatologie à grand fracas, tout au plus, le soir, un peu de fièvre, quelques frissons, des sueurs passagères. Lentement, une petite tumeur s'est formée en un point du squelette pelvien qui varie suivant l'âge, près de la cavité cotyloïdienne avant la puberté, à la périphérie jusqu'à trente ans, un peu partout plus tard. Nous avons vu à la pathogénie de cette affection l'explication de ce fait, que met en évidence l'observation clinique. C'est ainsi que Gouilloud n'a trouvé qu'un cas d'ostéomyélite de la crête iliaque chez un enfant de onze ans. C'est pour cela que la sacro-coxalgie est si rare chez l'enfant, que Giraldès ne l'a jamais rencontrée. Delens, dans sa thèse sur la sacro-coxalgie, n'en peut citer que deux cas de Simon Thomas, de Leyde, l'un de dix, l'autre de douze ans.

L'ossification de la ceinture pelvienne est en effet le secret de la situation des abcès.

Quoi qu'il en soit, ce n'est généralement qu'après une période variable de douleur sourde que la tumeur apparaît, résistante d'abord, puis franchement fluctuante. Elle prend

bientôt un accroissement considérable au point qu'elle devient gênante plutôt par son volume que par sa sensibilité. La fluctuation est alors très manifeste.

Cet abcès subit l'évolution classique de l'abcès froid ; tôt ou tard, avec ou sans phénomènes aigus, la peau se perfore et il s'écoule un pus séreux, grumeleux, quelquefois fétide, puis une fistule persiste. D'autres fois, sous l'influence du traitement, la résorption se fait ; mais c'est là une terminaison heureuse sur laquelle il ne faut guère compter.

De même que pour l'ostéo-myélite aiguë, attendu que ça se présente surtout quand celle-ci est passée à l'état chronique, les abcès se succèdent à des intervalles variables ; dans les cas de lésions peu étendues, et bien traitées, la guérison est une terminaison fréquente, mais dans les autres la suppuration ou quelques complications intercurrentes font mourir le malade dans le marasme. La durée est alors de plusieurs années, ou tout au moins de plusieurs mois.

Pendant toute cette évolution, les articulations peuvent conserver leur intégrité ; toutefois il existe assez souvent de la claudication.

Les *altérations* varient naturellement suivant la variété à laquelle on a affaire. Dans les abcès tuberculeux, on trouve la membrane que nous avons minutieusement décrite. Dans ceux qui ont la carie comme point de départ, on trouve une portion osseuse, atteinte de cette altération, encore mal connue, qu'on a appelée nécrose moléculaire; quelquefois on y rencontre des séquestres vasculaires, c'est-à-dire formés d'une trame osseuse, friable et ramollie.

Quand c'est un corps étranger (balle, etc.) qui a déterminé l'abcès, celui-ci occupe généralement le centre du foyer; tout autour, dans les cas anciens surtout, se sont formées des saillies osseuses des ostéophytes de dimensions variables.

Mais c'est surtout dans les foyers d'ostéo-myélite ancienne que l'on trouve de ces plaques osseuses, appliquées ordinairement à la face interne du périoste, produites par une activité morbide de la fonction ostéogénétique de cette membrane.

Ces collections purulentes affectent une *marche anatomique* qui diffère suivant le siège.

1° Les abcès sacrés méritent de nous arrêter un instant.

a. Latéraux : ils occupent d'abord l'échancrure sciatique, puis descendent au pli fessier ou plus bas le long du sciatique, ou bien passent en arrière.

b. Antérieurs : ils descendent dans l'épaisseur du méso-rectum à la marge de l'anus, ou se vident dans le rectum.

c. Postérieurs : ils restent plus volontiers stationnaires ou suivent l'évolution des latéraux.

Comme marche moins fréquente, accompagnée naturellement de désordres considérables, signalons l'issue à la fois à l'extérieur et dans le rectum ; ou bien l'épanchement dans le canal sacré. Lisfranc (1) rapporte un cas où le pus parvint jusque dans les ventricules cérébraux. Ces fusées purulentes s'accompagnent habituellement de symptômes médullaires. C'est ainsi que Gouilloud cite l'observation d'un malade atteint, à la suite d'une chute sur le siège, d'un vaste abcès dans lequel baignait, en quelque sorte, le sacrum, et qui présenta temporairement de la faiblesse dans les jambes.

2° Les abcès coxaux apparaissent en des régions multiples :

a. Ceux de la crête iliaque montent vers la région lombaire en arrière, en avant ils ont plus de tendance à descendre sur la fesse.

b. Ceux des épines iliaques antérieures descendent sur la cuisse dans la zone des muscles qui s'insèrent sur ces éminences.

c. Ceux de la fosse iliaque externe descendent au voisinage de l'ischion et partagent les pérégrinations des suppurations qui ont cet os comme point de départ.

d. Ceux du sourcil cotyloïdien ne viendraient pas envahir la région trochantérienne, d'après Erichsen : cette opinion nous paraît trop absolue, nous avons vu pourquoi. De fait, ils

(1) Lisfranc, *Bulletins de l'Acad. de méd.*, 10 mai 1827.

pointent plutôt sous le bord inférieur du grand fessier, d'autres fois à l'aine.

e. Enfin ceux du pubis se forment dans le pli génito-crural.

Nous avons trop longuement parlé des abcès osseux de la face interne du bassin pour y revenir.

Le *diagnostic* des abcès froids ostéopathiques du bassin repose sur les signes suivants : prodromes caractérisés par une douleur sourde, tenace, en un point du squelette; tumeur fluctuante, à marche torpide, très peu douloureuse, quelquefois même indolente, présentant une origine profonde, s'accompagnant d'un peu d'amaigrissement. Des manifestations concomitantes de scrofule ou de tuberculose sont également d'excellentes preuves ; enfin l'exploration digitale a une importance majeure.

Ceci dit, procédons par période.

Première période. — Tumeur à peine appréciable, ou même pas du tout. Il faut la plupart du temps réserver son diagnostic. Toutefois :

1° La névralgie sciatique se reconnaît à ses irradiatons, à ses points douloureux, à l'intégrité de l'état général. Ajoutons qu'un abcès de l'échancrure sciatique peut, en comprimant le sciatique, amener la concomitance des deux affections.

2° L'arthrite d'une des articulations du bassin se distingue à une douleur très nette quand on la mobilise.

Deuxième période. — Abcès de moyen volume. On peut le confondre avec :

1° Un hygroma ? Il ne siège qu'en des points déterminés (saillie trochantérienne, ischiatique, iliaque postérieure).

2° Un ostéo-sarcome ? Il n'a que de la pseudo-fluctuation, une marche plus rapide, des douleurs plus vives. Dans ces deux cas une ponction exploratrice juge la chose.

3° Une exostose ? Elle se définit nettement par sa dureté.

4° Une gomme ? Elle est reconnaissable à son indolence, aux autres manifestations syphilitiques, à l'influence du traitement.

5° Un abcès froid du tissu cellulaire ? C'est bien rare, il n'a pas dans ce cas d'adhérences profondes.

6° Un abcès par congestion ? Il suffit d'examiner les points de départ possibles.

7° Un abcès de l'ischion a toutes les apparences d'un abcès de la marge de l'anus, ou de la fosse ischio-rectale : la longue durée, l'intégrité de la paroi anale doivent faire songer à une origine osseuse.

8° Un abcès pubien peut être pris pour une infiltration chronique d'urine : le cathétérisme et les antécédents permettent d'éviter l'erreur.

Quant aux abcès intra-pelviens, leur diagnose a été faite.

Troisième période. — L'abcès est fistuleux. A l'étude des fistules pelviennes nous éluciderons ce point.

Il ne suffit pas d'affirmer qu'il y a abcès, il faut chercher à déterminer :

1° La gravité des dégâts ; ce qu'on fait avec le stylet ou le doigt. Toutefois cette exploration doit être faite avec ménagement et les fervents partisans de l'antisepsie conseillent de bien laver, au préalable, la cavité avec une solution antiseptique forte. On doit surtout chercher à préciser l'étendue du séquestre et sa mobilité.

2° Les complications qui peuvent se présenter ; irruption du pus dans une articulation, dans le rectum, le cæcum, l'S iliaque, la vessie, etc. : c'est assez simple du reste, l'examen des produits évacués suffit à faire reconnaître la chose.

3° La nature de l'abcès : la durée et l'exploration du foyer mettent en mesure de répondre à cette troisième question.

Le *pronostic* des abcès froids ostéopathiques du bassin est toujours sérieux, car c'est une affection de longue durée. Toutefois, si l'abcès est superficiel, de petit volume, et l'état général satisfaisant, il y a tout lieu d'espérer de le guérir par une bonne thérapeutique. Dans les cas contraires, surtout quand il existe quelque complication, quand le malade présente de la tuberculose viscérale, il en est tout autre-

ment, et la mort par septicémie chronique, après de longs mois de souffrances, est trop habituelle.

Nous avons cru bon, pour la commodité du sujet, d'étudier dans le même chapitre, mais successivement, la *thérapeutique de ces différents abcès ostéopathiques.*

I. *Abcès chauds.*

Dès que la suppuration est manifeste, ou même si toutes les présomptions sont en faveur de son existence, il faut agir vigoureusement. Le bistouri est l'instrument le plus habituellement employé ; mais depuis quelques années un certain nombre de chirurgiens préfèrent le thermo-cautère, qui est à la fois hémostatique et modificateur puissant des tissus enflammés. L'incision doit être faite parallèlement aux fibres musculaires.

Le pus évacué, on lave avec soin la cavité et on place des drains de façon à empêcher toute stagnation, puis on applique un pansement antiseptique.

Quelquefois, mais c'est rare, on trouve dès cette première ouverture un séquestre mobile : son extraction faite, on draine et on panse.

Nous verrons plus tard le traitement de la fistule.

Comme on le voit, rien de plus simple et tout le monde est d'accord : il n'en est pas de même de notre seconde classe d'abcès.

II. *Abcès froids.*

Là, en effet, les opinions les plus contradictoires se rencontrent, comme nous l'avons déjà montré dans l'étude des abcès froids iliaques.

Pendant longtemps on s'est abstenu, considérant l'ouverture spontanée comme moins grave. On avait vu fréquemment après l'intervention se manifester une des formes de septicémie aiguë, érysipèle, pyohémie, gangrène foudroyante ; au contraire, après l'ouverture spontanée, le pus s'écoulant

lentement par un trajet détourné laissait à la poche le temps de revenir sur elle-même. Aussi n'employait-on guère que les ponctions sous-cutanées pour imiter la nature.

Même avec les progrès de la chirurgie antiseptique, les revers sont fréquents, et on peut combiner plusieurs méthodes, n'arrivant à l'ouverture qu'après avoir tenté les autres procédés thérapeutiques. Du reste telle méthode n'est pas applicable à tous les âges et dans tous les cas. Établissons donc des distinctions.

1° Si l'abcès est de petit volume chez un jeune sujet : des badigeonnages répétés à la teinture d'iode ont parfois donné d'excellents résultats.

2° Si l'abcès est plus volumineux et existe chez un sujet qui n'a pas atteint sa quinzième année (ostéite prépubertique), des ponctions capillaires, faites tous les deux mois environ, ont produit d'heureux effets. C'est un fait sur lequel a insisté Ollier dans les coxalgies de l'enfance.

A ce propos nous dirons que certains de ces abcès péricotyloïdiens s'accompagnant de troubles dans les fonctions de la hanche, et à plus forte raison les abcès acétabulaires, demandent l'immobilisation du membre inférieur.

3° Qu'il se présente chez un enfant ou un adulte, l'abcès froid ostéopathique a été traité par les ponctions avec aspiration, suivie d'injection. La teinture d'iode est le liquide employé de préférence. Voici deux observations de Bonnet qui prouvent son efficacité :

Obs. XLIX. — *Carie de la crête iliaque gauche. Vaste abcès de la fosse iliaque et de la cuisse. Trois injections iodées. Guérison.* — Obs. recueillie par M. Boureau, *Traité de l'Iodothérapie* de Boinet, p. 731, (Obs. résumée). — Homme de trente-quatre ans, d'une assez bonne constitution, mais très débilité. Tumeur dans l'aine gauche survenue trois mois avant, et prise pour une hernie. Pas de signes de tuberculose.

Le 15 juin, il présente une première tumeur iliaque très volumineuse, car elle a 8 centimètres de haut ; une seconde occupant le tiers supérieur et antérieur de la face interne de la cuisse ; enfin une troisième au-dessus et un peu en arrière de l'épine iliaque antéro-postérieure gauche, du volume d'une orange. Un peu au-dessus

d'elle sur la crête iliaque est un point douloureux. Ce sont trois abcès froids symptomatiques d'une carie iliaque. Peu de troubles fonctionnels.

Le 20 juin 1851, ponction à 2 centimètres en dehors de la base de la tumeur et issue de 1,400 grammes de pus: injection d'iode, dont on laisse un tiers.

24. — Ponction et injection.

5 *juillet.* — Troisième injection, et le 10 juillet il n'y a presque plus de douleur sur la crête : diminution très notable de la tumeur iliaque simple, suintement séreux. Il a persisté plusieurs mois. Guérison encore parfaite trois ans après.

Obs. L. — *Abcès froid résultant d'une carie du sacrum guérie par huit injections iodées.* — Obs. tirée du *Traité d'iodothérapie*, de Boinet, p. 729 (Obs. résumée). — Demoiselle de trente-huit ans, rentière, lymphatique, mais d'une bonne constitution. Début quatre ans auparavant par des symptômes de sciatique droite. Développement à l'insu de la malade d'une tumeur siégeant à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au-dessus du pli interfessier, un peu à droite, et présentant tous les caractères d'un abcès froid.

Le 8 août 1847, première ponction avec un trocart et issue de 40 grammes de pus séreux. Le stylet dénote une dénudation osseuse. Injection de 40 grammes de teinture d'iode laissée cinq minutes dans la poche.

Jusqu'au mois de janvier huit ponctions et huit injections furent faites. Jusqu'à la quatrième ponction la tumeur revint au volume ordinaire, puis diminua et devint finalement dure. Les douleurs sciatiques avaient disparu et la guérison était faite. En 1865, elle ne s'était pas démentie. Ajoutons qu'elle ne souffrit qu'à la première injection et qu'elle ne garda que vingt-quatre heures le lit.

Plus récemment, car cette méthode est encore à l'étude, on a injecté de l'éther iodoformé. La formule est la suivante :

Éther........................	100 grammes.
Iodoforme..................	5 —

Après avoir aspiré le pus à l'aide de l'appareil Dieulafoy, on injecte 30 à 40 centimètres cubes de la solution, dans les cas moyens. Immédiatement après l'introduction du liquide, la poche se distend par les vapeurs d'éther et résonne comme un tambour.

L'orifice de ponction s'obture avec du collodion et de la

baudruche. La réaction inflammatoire est insignifiante. Au bout de quatre ou cinq semaines on recommence et ainsi de suite, car la guérison demande au minimum deux mois et demi ou trois mois.

Des autopsies ont montré que, longtemps encore après une injection, la paroi était tapissée d'iodoforme. C'est donc une excellente méthode pour mettre ce microbicide par excellence en contact avec les micro-organismes contenus dans la fausse membrane des abcès froids.

Ce traitement des suppurations chroniques par l'iodoforme a été proposé par Mikuliez qui préférait la mixture suivante :

Iodoforme..................	10 grammes.
Glycérine....................	80 —
Huile d'olive................	40 —

Billroth, de Vienne, a supprimé l'huile d'olive et emploie cette autre mixture :

Iodoforme..................	10 grammes.
Glycérine...................	100 —

Il injecte 100 grammes au maximum, et 30 en moyenne. Sa statistique, du reste, est éloquente : sur vingt cas, dix-huit guérisons (1).

Le professeur Verneuil a substitué l'éther à la glycérine afin de faciliter la diffusion du principe actif.

Quel que soit, du reste, le véhicule, il peut survenir des phénomènes d'intoxication (pesanteur de tête, nausées) sans grande gravité du reste. Ajoutons que la marche vers la guérison peut se faire d'une façon différente de celle décrite ci-dessus.

Quelquefois, en effet, la paroi se perfore et le liquide s'écoule lentement : peu à peu la poche se ratatine et disparaît. D'autres fois, une seule injection suffit et la guérison est rapide. En tous cas, c'est une méthode exempte de

(1) Faenkel, *Gaz. hebd. de Bordeaux*, p. 99, 1885.

danger et dont l'application peut même permettre au malade de vaquer à ses occupations.

4° Si aucun de ces procédés n'a réussi, il faut recourir à un traitement plus actif : drainage, ou incision avec grattage et rugination ou même trépanation de l'os.

Nous avons déjà décrit le drainage et le grattage; quant à la technique de la rugination osseuse et de la trépanation, nous la verrons à l'article *Fistule*.

En même temps qu'on soigne la lésion locale, il faut insister sur le traitement général : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer ou de raifort iodé, etc.

NEUVIÈME LEÇON

COLLECTIONS PURULENTES DE L'AINE

MESSIEURS,

Nous les ferons entrer dans le cadre de nos conférences, parce qu'elles sont dues assez souvent à une lésion pelvienne. Leur étude complète exigerait de trop longs développements : nous nous bornerons à en résumer l'histoire.

Quelques *considérations générales* nous paraissent nécessaires.

Ces abcès sont chauds, simples ou virulents ; ou froids, idiopathiques, symptomatiques, ossifluents, péri-osseux, etc. : en un mot tous les genres de suppuration peuvent se rencontrer à l'aine. Tantôt ils sont simples, tantôt ils renferment des corps étrangers, des débris osseux, de l'urine, des matières fécales, des gaz intestinaux. Au point de vue de leur siège, ils sont superficiels (tissu cellulaire, ganglions sous-cutanés) ; ou sous-aponévrotiques (gaine du psoas, bourse muqueuse du psoas, entonnoir crural, périphérie ou cavité de l'articulation coxo-fémorale) ; plus rarement enfin, ils sont dans des kystes ou des sacs herniaires déshabités.

Par suite des communications multiples existant entre l'aine, véritable lieu de passage, et les régions voisines, abdomen et cuisse, ces abcès peuvent être l'aboutissant d'abcès venus du voisinage, de même qu'ils ont une tendance marquée, certains tout au moins, à fuser au loin, en bas, en

arrière ou en haut : le décubitus horizontal et la présence de plans aponévrotiques, véritable barrière, expliquent cette marche ascendante, bizarre au premier abord.

Étant donné les nombreuses origines de la suppuration inguinale, on comprend que les causes en sont multiples. Elles varient du reste un peu suivant le siège anatomique de la collection purulente. Ces causes sont :

1° Pour les suppurations ganglionnaires, toute irritation dans la sphère des réseaux lymphatiques aboutissant à l'aine : écorchures, herpès, chancre mou, chancre induré, mais c'est très rare ; affections cancéreuses; vulvo-vaginite, blennorhagie ; maladies infectieuses : peste, farcin, charbon, fièvres éruptives, etc. ; scrofule, tuberculose ;

2° Pour les abcès du tissu cellulaire, toutes causes précédentes (adéno-phlegmon) ; de plus : l'inflammation des veines, des artères ectasiées, des troncs lymphatiques, les opérations pratiquées à l'aine : ligature d'artère, ablation de tumeurs, opérations de hernies étranglées ou irréductibles ; irritation par bandage herniaire, etc.

3° Pour les abcès ostéopathiques : la scrofule, la tuberculose, les traumatismes.

4° Pour les abcès plus rares : sac déshabité, bourse du psoas ; la pathogénie est souvent impossible à trouver, à moins d'invoquer des causes banales : efforts, fatigues excessives, etc. Du reste, même pour les abcès les plus communs, l'étiologie est parfois fort obscure, comme le prouvent plusieurs observations parmi celles que nous avons tirées de notre service et que voici :

Obs. L *bis*. — *Adénite inguinale suppurée d'origine inconnue. Incision. Guérison.* — J. (Ferdinand), trente-deux ans, garçon de salle, salle Cloquet, 26 novembre. Chancre mou avec bubon inguinal droit, resté longtemps ulcéré. Il y a trois semaines, sans causes appréciables, douleur à l'aine du même côté, puis tuméfaction qui, actuellement, a le volume d'un gros œuf de pigeon, reposant sur une large base indurée, parfaitement fluctuante et recouverte d'une peau rouge et chaude. Marche impossible. Fièvre. Incision et pansement phéniqué.

4 *décembre*. — Injection d'iode.

12. — Cicatrisation presque complète : cautérisation des bourgeons au nitrate d'argent. Exeat.

Obs. LI. — *Adénite suppurée de l'aine, à la suite d'écorchure du pied.* — B. (Désiré), trente ans, maçon, entre le 11 février 1884, salle Nélaton, n° 29. Aucun antécédent morbide. Écorchure du pied il y a dix jours : à la suite, tuméfaction douloureuse de l'aine, et, actuellement, il a tous les signes d'une adénite suppurée, superficielle du reste, mais gênant beaucoup la marche. Incision, tube et pansement phéniqué. Au bout de dix jours, guérison complète.

Obs. LII. — *Adénite suppurée de l'aine à la suite d'écorchures du pied.* — G. (Jean), vingt-huit ans, charbonnier, entre le 15 octobre salle Cloquet, n° 73. Bonne santé antérieure, écorchures du pied négligées et recouvertes de croûtes. Adénites multiples de l'aine.

On tente la résolution par la compression à l'aide d'un spica, mais au bout de quelques jours, il faut inciser plusieurs ganglions suppurés. Pansements phéniqués. Guérison complète en trois semaines.

Obs. LIII. — *Adénite suppurée subaiguë de l'aine, d'origine inconnue. Drainage. Guérison.* — M. (Jean), soixante-douze ans, gazier, entre le 9 mai 1884 salle Cloquet, n° 73. Bonne santé habituelle, pas de scrofule. A soixante-trois ans, chancre mou. Adénite de l'aine gauche, survenue sans causes connues il y a deux ans, indolente du reste ; deuxième glande il y a deux mois, puis deux autres. Actuellement, quatre ganglions, dont un suppuré, se sentant à l'aine gauche. Nulle part on ne trouve de causes d'irritation. État général passable. Incision de l'abcès, drain, cataplasmes, iodure de potassium.

14 *juin.* — Un ganglion iliaque externe s'est ramolli, mais une petite incision ne donne issue qu'à de la sérosité.

21. — Amélioration réelle, mais non guérison. Exeat.

Obs. LIV. — *Bubon de l'aine après disparition du chancre. Incision, puis destruction du ganglion avec les flèches de Canquoin.* — B. (Léon), vingt ans, armurier, entre le 28 mai, salle Cloquet, n° 10. Bonne santé habituelle, jamais de manifestations scrofuleuses. En mai 1883, chancre du gland, déclaré syphilitique : induration d'un ganglion de l'aine gauche : augmentation de cet engorgement il y a un mois, époque où il eut pendant deux ou trois jours une petite écorchure à droite du frein. Finalement suppuration du bubon. Ajoutons qu'il a eu à la face interne des joues des ulcérations traitées comme syphilitiques au Midi.

A son entrée : à l'aine gauche, volumineux bubon mollasse, avec peau rouge et chaude, mais peu douloureux ; autour sont deux ou trois autres ganglions engorgés. Traitement : cataplasme et sirop d'iodure de fer.

30 *mai.* — Drainage du bubon : issue de sang et de quelques grumeaux, mais pas de pus.

8 *juin.* — Pas de changement : large incision, mise à nu du corps du ganglion qui a un aspect gélatiniforme. Introduction de deux flèches de Canquoin.

4 *juillet.* — On a dû faire de nombreuses applications de flèches de Canquoin, mais il ne reste plus qu'un moignon ganglionnaire insignifiant. Exeat avec pansement à l'iodoforme.

20. — Cicatrisation presque totale.

Obs. LV. — *Abcès froid du pli de l'aine. Ponction. Nouvel abcès au bout de trois semaines. Drainage. Guérison.* (Obs. DXLVII tirée du t. I, de nos *Cliniques*, p. 595) (Résumé). — L. (Bienaimé), dix-neuf ans, entre le 8 août. Début il y a un an, engourdissement dans la jambe gauche; il y a trois mois, au pli de l'aine correspondant, tumeur du volume d'un œuf. Accroissement graduel, sans douleur locale ni à distance.

Actuellement, tumeur ayant la grosseur d'une tête de fœtus à terme, allongée transversalement, sans changement de coloration à la peau, sans élévation de température. Pas de gêne des mouvements. Pas de signes d'anévrysme ou de lésions osseuses, pas de prolongement vers la fosse iliaque.

22 *août.* — Ponction, issue de pus grumeleux et de gaz.

Au bout de trois semaines : même volume de la tumeur; drainage et injections iodées.

25 *octobre.* — Trajet insignifiant ne donnant issue qu'à quelques gouttes de pus.

Obs. LVI. — *Abcès froid de l'aine. Ponction et traitement général. Amélioration.* — G. (Adrien), vingt-sept ans, apprêteur, entre le 2 janvier 1884, salle Nélaton, n° 27. — Fièvre typhoïde à vingt-trois ans ; abcès de l'aisselle droite, de l'aine droite et de l'avant-bras droit à vingt ans ; blennorrhagie il y a un an. En octobre dernier : tumeur de l'aine droite du volume d'une noix, douloureuse seulement après de longues marches; développement plus rapide dans ces derniers temps.

État actuel. — Tumeur oblongue, un peu en dehors des vaisseaux fémoraux, adhérente aux parties profondes, recouverte d'une peau indemne, rénitente. Rien dans la fosse iliaque ; une pression très énergique détermine un peu de douleur au niveau de la seconde vertèbre lombaire. État général assez satisfaisant. Traitement général antiscrofuleux.

28 *janvier.* — Peu de changement ; une ponction n'a donné aucun résultat. Exeat.

Obs. LVII. — *Abcès froid de l'aine droite probablement ostéo-pathique. Ponction. Amélioration.* — K. (Émile), trente ans, passementier, entre le 15 juin 1883 salle Nélaton, n° 25. Très maladif pendant son enfance, époque où il eut une fluxion de poitrine droite très grave. Il y a deux ans, en chargeant une pièce de vin, coup à l'aine;

depuis lors, douleur dans toute la hanche et difficulté de plus en plus grande dans la marche. Peu à peu formation d'une tumeur au-dessous du pli de l'aine, tumeur ayant tous les caractères d'un abcès froid.

20 *juin.* — Ponction : issue de 50 grammes de pus. Pas d'amélioration notable, surtout dans la marche.

1er *juillet.* — Un nouvel abcès froid s'est formé en dehors du premier. Ponction : issue de 300 grammes de pus.

1er *août.* — Nouvelle ponction, issue d'une même quantité de pus.

Quelques jours après le malade part pour la campagne, amélioré, mais non guéri.

Obs. LVIII. — *Abcès froid ilio-inguinal sans cause connue. Ponction.* — R... (Joseph), vingt-sept ans, journalier, entre le 18 avril 1883, salle Cloquet, n° 76. Père et mère morts il ne sait de quoi.

Pleurésie gauche il y a deux ans : séjour de sept à huit mois à l'hôpital. Il y a un mois, en portant un sac de charbon, douleur vive dans l'aine gauche, qui a persisté depuis.

Etat actuel. — Au-dessous de l'arcade de Fallope, tumeur du volume d'une orange, étalée, mollasse, réductible par la pression et se formant alors dans la fosse iliaque correspondante, douloureuse à la pression et dans la marche. Intégrité de la peau et des mouvements du membre. Pas de point osseux malade appréciable dans le bassin ou sur la colonne vertébrale. Rien aux viscères.

19 *avril.* — Ponction : issue d'un demi-litre de pus mal lié.

Indolence les jours suivants, mais réapparition de la tumeur. Exeat le 30 avril.

L'étude des symptômes des abcès de l'aine doit, pour être méthodique, se faire suivant les variétés anatomiques.

§ I. — **Adénites et adéno-phlegmons suppurés.**

Ils diffèrent sensiblement suivant qu'ils sont simples ou virulents.

A. Adénites simples ou abcès adénitiques simples comme les appelle Chassaignac (1).

Ils peuvent occuper cinq points : trois directement au-dessous de l'arcade : au milieu, à l'extrémité interne, à

(1) Chassaignac, *loc. cit.*, t. II, p. 631.

l'extrémité externe (ganglions inguinaux); au-dessus et au milieu (ganglions iliaques externes); au-dessous, à 2 ou 3 centimètres, également au milieu (ganglions cruraux).

Quel que soit leur siège, ils sont aigus ou chroniques. Le pus peut se former dans le centre du ganglion dont la tunique celluleuse, épaissie, forme un véritable kyste; cela se voit spécialement dans les abcès froids; ou bien, soit primitivement, soit consécutivement, le pus s'infiltre dans le tissu cellulaire voisin, s'y accumule; c'est l'abcès périganglionnaire.

I. *Abcès aigus.* — On voit apparaître dans l'aine une ou plusieurs tumeurs arrondies, dures, mobiles, excepté quand l'adénite est profonde, douloureuse à la pression, gênant ou même empêchant la marche. Assez rapidement la peau rougit et la fluctuation apparaît avec ou sans empâtement et ramollissement périganglionnaire. Le tout s'accompagne de phénomènes généraux d'intensité variable, depuis le simple mouvement fébrile jusqu'à une fièvre très intense, avec vomissements, météorisme, douleurs abdominales, facies grippé (adénite du ganglion de J. Cloquet). Si l'on n'intervient pas, le pus se fait jour. L'abcès est-il périganglionnaire, la quantité du pus est plus considérable qu'on ne pouvait le supposer, les téguments se décollent, la cicatrice reste apparente. Le pus est en petite quantité et la cicatrice, lente il est vrai à obtenir, est peu étendue dans le cas contraire (Chassaignac). Ajoutons que les deux variétés d'abcès sont parfois combinées.

II. *Abcès chroniques.* — Cette forme est consécutive à la précédente ou primitive.

C'est une tumeur arrondie, fluctuante, indolente, ne gênant pas ou presque pas la marche, sans changement de coloration à la peau. Toutefois, au bout d'un temps variable, au moins plusieurs semaines, la peau se perfore et l'évacuation de la poche est fort longue. La cicatrice est disgracieuse. D'autres fois (abcès scrofuleux), le pus se résorbe. Enfin, et c'est encore dans cette variété, plusieurs autres ganglions se prennent consécutivement, et évoluent de la même façon.

B. Abcès adénitiques virulents (Bubons).

L'ensemble symptomatique diffère sensiblement suivant qu'on a affaire aux bubons vénériens ou aux bubons des autres maladies infectieuses (peste, farcin, etc.).

I. *Bubons vénériens.* — On distingue trois variétés :

1° Bubon virulent : ordinairement unique, fournit un pus inoculable ; aussi, pour Ricord, est-ce un chancre implanté dans un ganglion. Sa marche est aiguë ou chronique. Il peut apparaître tant que le chancre n'est pas arrivé à la période de réparation. Il est susceptible de se compliquer de gangrène, de phagédénisme simple ou serpigineux qui parfois atteint des dimensions énormes et peut faire mourir le sujet dans la cachexie (Lagneau).

2° Bubon inflammatoire : ce n'est autre chose qu'un abcès adénitique simple précédé d'accidents vénériens (chancre ou blennorrhagie). Son apparition est précoce. Jamais il ne fournit de pus inoculable.

3° Bubon d'emblée, c'est-à-dire sans lésion locale préalable. Son existence est discutée : Fallope, Astruc, Swediaur, Hunter, Lagneau, l'admettent.

Tous ces bubons ont une forme allongée, à grand axe parallèle à l'arcade ; leur marche est subaiguë ou chronique, mais ils affectent parfois une allure rapide.

II. *Bubons de maladies infectieuses.* — *a.* Le farcin peut déterminer chez l'homme des adénites, des collections purulentes, des tumeurs remplies de sang et de pus.

1° Tumeurs adénitiques : voici une des rares observations d'adénite farcineuse, rapportée par Chassaignac (1).

Obs. LIX. — Homme de quarante ans, cocher, atteint depuis deux ans et demi de farcin chronique et depuis plusieurs mois d'une adénopathie inguinale droite ainsi que du creux poplité correspondant : tout le membre inférieur devint enflé et douloureux : finalement un abcès se forma, on l'ouvrit et il en sortit une quantité

(1) Chassaignac, *loc. cit.*, t. I, p. 372.

considérable de pus (on ne parle pas de ses caractères); l'abcès resta fistuleux, donnant de temps à autre du pus très fétide, et dix-huit mois après, le malade mourait cachectique avec beaucoup d'autres lésions. A l'autopsie, on trouva les parois de l'abcès gangrenées.

2° Collections purulentes : deux variétés : aiguës, chroniques. Les aiguës, ordinairement sous-aponévrotiques, déterminent des douleurs très vives et s'ouvrent spontanément après un temps assez court. Les collections chroniques sont sous-cutanées ou musculaires, apparaissent vite, mais ne perforent que tardivement la peau. Leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du poing.

3° Tumeurs sanguines : elles contiennent du pus et du sang ou exclusivement du sang. Toutes ces collections, ouvertes artificiellement ou spontanément, ont une grande tendance à rester fistuleuses ou même à s'ulcérer largement.

b. La peste a pour caractéristique la production de bubons principalement aux aines. Ces bubons apparaissent vers le deuxième ou le quatrième jour de la maladie, et sont précédés de douleurs vagues : leur apparition est marquée par une rémission de la fièvre et des sueurs abondantes. Au moment de la suppuration, c'est-à-dire vers le huitième jour, suppuration non constante du reste, le bubon a le volume d'un œuf de poule. Dans les cas heureux, la suppuration dure trois ou quatre semaines. D'autres fois, la suppuration s'étend du côté de la cavité abdominale et devient la source d'accidents graves, parfois mortels.

c. Quant aux bubons suppurés de la variole et de la scarlatine, ils sont tellement rares, que nous nous bornerons à signaler leur existence : ils ne présentent, du reste, aucun caractère spécial.

§ II. — Abcès du tissu cellulaire.

Ils sont aigus ou chroniques.

A. Abcès aigus.

Quelle que soit leur cause, ils se présentent sous la forme d'une tumeur diffuse, rouge, chaude, douloureuse, paralysant plus ou moins les fonctions du membre, fluctuante en un point ou sur toute son étendue, accompagnée de symptômes généraux assez intenses. Il s'y peut joindre des phénomènes abdominaux : douleurs, nausées, vomissements. Localement parfois on sent des battements, des mouvements d'expansion dans tous les sens (abcès symptomatiques d'anévrysmes), un corps dur, etc. Des corps étrangers peuvent, en effet, être la cause de ces abcès, comme le prouvent ces quelques cas empruntés à Chassaignac (1) :

Obs. LX. — Paré dit que des voleurs firent avaler de force à un berger un couteau long d'un demi-pied ; il se fit, plus de six mois après, un abcès de l'aine d'où le couteau fut retiré par un chirurgien nommé Guillemet.

Obs. LXI. — Delaye, à Rochefort, trouva dans un abcès de l'aine, du volume d'un œuf de poule, une épingle assez grosse et longue comme le doigt, épingle avalée quelque temps avant (*Mém. Acad. chir.*, t. I, p. 418).

Dans le même Mémoire, on cite un cas d'abcès par arête de poisson.

Obs. LXII. — Un paysan vit, après une constipation opiniâtre, des noyaux de cerise lui sortir par l'aine droite.

Une des variétés assez fréquentes des abcès du tissu cellulaire de l'aine est l'abcès urineux. Sa marche peut être lente ou rapide : la tumeur est dure d'abord, puis elle se ramollit et devient franchement inflammatoire ; quand elle est ouverte, elle donne passage à de l'urine mélangée à du pus. C'est dans cette variété que l'on peut voir d'immenses décollements re-

(1) Chassaignac, *loc. cit.*, t. II, p. 655.

montant jusqu'à l'ombilic et les fausses côtes. Naturellement, dans ces cas il y a des symptômes typhoïdes très accentués avec des frissons répétés.

B. Abcès chroniques.

Là, au contraire, pas de réaction générale, excepté quand les collections subissent une poussée aiguë, lorsqu'elles vont s'ouvrir, par exemple. La tumeur est étalée ou circonscrite, suivant qu'elle siège sous la peau ou dans le canal inguinal ou crural, nettement fluctuante, réductible et alors, à mesure qu'elle disparaît, il se forme dans le voisinage, fosse iliaque interne ou région sous-trochantérienne, une autre tumeur et réciproquement ; ou bien elle est irréductible. La marche de ces abcès est très lente, et il s'écoule souvent des mois avant qu'ils ne percent. Une fistule en est, du reste, la conséquence fréquente.

§ III. — Abcès ostéopathiques.

Nous avons vu, par l'histoire que nous en avons faite, qu'ils doivent être rapprochés de la variété précédente. Toutefois, ils ont une révolution plus longue encore.

Ils ont pour point de départ : le bord supérieur de l'os coxal compris entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine pubienne, la branche descendante du pubis ou la partie supérieure du fémur (abcès sessiles) ou bien la fosse iliaque interne et la colonne vertébrale (abcès migrateurs). Les caractères qui séparent ces deux catégories sont les déformations squelettiques éloignées et la réductibilité dans les abcès migrateurs. Nous avons étudié les uns et nous étudierons les autres, inutile d'insister.

Il en est de même de l'abcès symptomatique d'une coxalgie et d'une altération du psoas. Nous y renvoyons le lecteur.

Restent deux variétés d'abcès plus rares : par inflammation herniaire, et par hygroma suppuré de la bourse du psoas.

§ IV. — **Abcès de l'aine par inflammation herniaire.**

Il se développe dans un sac de hernie étranglée ou à son pourtour, que cette hernie soit une épiplocèle, une entérocèle ou une entéro-épiplocèle, ou dans un sac déshabité.

Habituellement l'abcès est précédé des symptômes d'étranglements, puis, vers le quatrième ou le cinquième jour, d'autres fois plus tard, suivant qu'il y a eu plus ou moins de taxis pratiqué, la rougeur et l'empâtement apparaissent, suivis bientôt de fluctuation, avec ou sans crépitation gazeuse.

A l'ouverture spontanée ou artificielle, il s'écoule du pus noirâtre et fétide, mélangé ou non à des gaz et des matières fécales, et au fond on trouve, dans ces cas, l'anse intestinale perforée, gangrenée. Il en résulte une fistule stercorale.

Telle est la marche classique. Parfois l'apparition de la tumeur est brusque. Bérard (1) rapporte le cas suivant, cité par Chassaignac :

Obs. LXIII. — Chez un homme survint brusquement à l'aine et au scrotum une tumeur douloureuse. Le diagnostic hernie étranglée fut porté. L'indication de l'opération paraissait formelle, mais l'incision de la peau donna issue à du pus de bonne nature, en quantité assez notable. On ne trouva pas le moindre vestige de hernie. Le malade guérit.

Les cas d'abcès dans un sac déshabité ne sont pas fréquents ; en voici un emprunté à Therrion (2), cité également par Chassaignac :

Obs. LXIV. — Une femme portait à l'aine une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, dure, irréductible, présentant tous les signes locaux et fonctionnels d'une hernie étranglée ; or, l'opération montra que c'était un vieux sac herniaire rempli de pus, mais vide de hernie et en communication avec l'abdomen par un étroit canal. La guérison eut lieu.

(1) A. Bérard, *Dict.* en trente volumes, art. Aine, p. 50.
(2) Therrion, Th. de Paris, 1830.

§ V. — Abcès de la bourse du psoas.

Ces abcès tirent de leur siège un ensemble symptomatique, qu'on pourrait appeler, comme nous l'avons vu, le syndrome coxalgie. Ils sont en effet en contact avec l'articulation coxo-fémorale, dans laquelle ils ont une grande tendance à fuser, cette observation de Verneuil (1) le prouve :

Obs. LXV. — Jeune homme entré avec un allongement apparent de la cuisse droite, avec rotation en dehors, adduction, déviation du bassin, douleurs vives, empâtement profond du pli de l'aine. On diagnostique : coxalgie. Un abcès se forme au niveau de l'arcade crurale et marche avec rapidité; ouverture, issue d'un pus phlegmoneux ; symptômes généraux graves, mort.

Autopsie : l'abcès, développé dans la bourse du psoas, avait fusé dans la fosse iliaque d'une part, dans la profondeur de la cuisse de l'autre ; pénétration dans l'articulation coxo-fémorale, mais seulement quelques jours avant la mort.

Dans d'autres cas, c'est le *syndrome psoïtis* que l'on peut avoir par irritation du muscle psoas au contact du pus.

La marche de ces abcès est généralement assez lente. Ce n'est que tardivement qu'ils sont perceptibles nettement à la palpation et que la fluctuation est évidente.

Le *diagnostic des abcès de l'aine* est une des choses les plus difficiles, et des plus importantes cependant, car toute hésitation peut être dangereuse, et toute intervention en cette région demande les plus grandes précautions.

Comme toujours, il nous faut établir des distinctions.

A. Abcès froids.

Ils sont réductibles ou irréductibles.

a. Abcès réductibles. On peut les confondre avec :

1° Une hernie inguinale crurale ou obturatrice, reconnaissable à son indolence, au gargouillement dont s'accompagne

(1) Verneuil, *Dict. encyclop.*, art. Aine, p. 270.

la réduction, à l'absence d'altération de l'état général.

2° Des varices de la saphène interne au moment où elle passe au-dessus du repli falciforme d'Allan Burns. Voici ses caractères : augmente par la station verticale, après qu'on l'a réduite par la pression, il suffit de presser sur l'anneau aponévrotique pour la voir reparaître.

3° Un varicocèle : le diagnostic est enfantin.

4° Un anévrysme de la crurale dans le triangle de Scarpa, surtout l'anévrysme artérioso-veineux. L'expansion générale de la tumeur, synchrone aux pulsations cardiaques, le souffle, le retard du pouls tibial ou pédieux et ses modifications permettent assez généralement d'éviter une erreur des plus funestes; et de fait, celle-ci n'est guère commise que dans les cas où la douleur empêche les examens prolongés, les investigations minutieuses. Du reste il se peut parfaitement alors qu'il y ait simultanément anévrysme et abcès. Ajoutons que parfois, lors d'obstruction du sac par des caillots, les signes habituels de l'anévrysme font défaut : difficile alors est la solution du problème.

5° Une adéno-lymphocèle : affection rare, caractérisée par une tumeur lobulée, fluctuante, bleuâtre, quelquefois réductible, mais en totalité, bilatérale, survient chez des sujets jeunes, ayant habité les pays chauds, s'accompagne parfois de dilatation des lymphatiques du périnée (Th. Anger).

b. Abcès froid irréductible; l'absence de fluctuation élimine toutes les tumeurs solides : adénopathie, exostose, etc., ou mollasses, mais non fluctuantes : hernie irréductible, lipome (1), etc.

S'il y a de la fluctuation on peut se trouver en présence de :

1° Kyste ganglionnaire dû à une transformation des produits de l'inflammation ganglionnaire : affection rare, que souvent la ponction seule peut révéler.

2° Hygroma de la bourse du psoas : tumeur globuleuse, au

(1) Voy. trois observations de lipome de l'aine au tome 1877-1878 de nos *Cliniques*, p. 869 et suiv.

niveau de la tête fémorale, profonde, absolument indolente.

3° Kyste hydatique : fluctuation particulièrement franche, liquide séreux.

Du reste, c'est à peine si l'on cite deux ou trois exemples de ces tumeurs à l'aine.

4° Kyste (1) dans un sac herniaire déshabité, kyste sacculaire de Duplay : durée plus longue, marche différente ; il y a eu d'abord des symptômes de hernie ; indolence absolue.

5° Lipome : à vrai dire c'est de la fausse fluctuation ; néanmoins, c'est à s'y méprendre, mais il y a par ailleurs une absence de délimitation, une sensation de lobulation particulière : c'est également indolent.

6° Quant au kyste sébacé et à l'hydrocèle enkystée du cordon, ils se reconnaissent l'un à sa superficialité, c'est dans la peau qu'il est ; l'autre à son siège sur le cordon et non à l'aine ; enfin à leur indolence.

7° Nous avons supposé que l'abcès était visible et tangible, mais parfois il est profondément situé et peu visible, et comme il s'accompagne fréquemment de signes de coxalgie, la perplexité est grande. Un interrogatoire bien conduit, et une exploration minutieuse, sous le chloroforme, si les douleurs sont un peu vives, permettent d'établir la réalité des faits. Du reste l'un engendre volontiers l'autre, rarement toutefois en ce point.

B. Abcès aigus.

On ne peut guère les confondre qu'avec un phlegmon simple, une adénite, une hernie étranglée, ou un anévrysme enflammé, à la rigueur encore avec une phlébite de la saphène.

1° Le phlegmon et l'adénite superficielle se reconnaissent à l'absence de fluctuation.

2° Lors d'adénite suppurée du ganglion de J. Cloquet, l'erreur qui a consisté à le prendre pour une hernie a été fréquemment commise : du reste elle n'est pas très préjudi-

(1) Voy. obs. CDLIII, p. 679 du tome 1875-1876 de nos *Cliniques*.

ciable, attendu que dans les deux cas il faut débrider. Dans l'adénite il est rare qu'il y ait des symptômes d'arrêt des matières : par contre elle entraîne avec elle une élévation de température qui fait défaut dans la hernie étranglée.

3° L'anévrysme a pour lui ses mouvements d'expansion, sa réductibilité partielle tout au moins, fort rare dans l'abcès chaud, à moins que ce ne soit un abcès par congestion tendant à s'ouvrir. Enfin il y a les modifications du pouls, l'œdème de la jambe, etc.

4° Quant à la phlébite, c'est un cordon dur bien caractéristique.

Comme nous l'avons fait remarquer pour la coxalgie, ces deux dernières affections peuvent se compliquer d'abcès. Il faut donc, étant donné un abcès de l'aine, établir son origine, sa nature, ce à quoi on arrivera par les commémoratifs, l'examen local, la recherche du point de départ de l'irritation pyogénique : organes urinaires et génitaux, tégument du membre inférieur, de l'abdomen, etc., squelette pelvien, anus, rectum, etc. ; ou les causes générales, peste, farcin, etc. ; cette dernière catégorie de causes est aisée à trouver, mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le montrent deux de nos observations.

Les abcès de l'aine au point de vue du *pronostic* sont bénins en général, mais ils peuvent, peut-être plus qu'ailleurs, à cause de la difficulté de bien maintenir dessus les pansements, ou par suite de l'irritation due aux mouvements, ou de la disposition habituelle des ouvertures, présenter, lorsqu'ils sont ouverts, toutes les complications des plaies : suppurations longues, sanieuses, fétides, pourriture d'hôpital, gangrène, phagédénisme qui peut dénuder la racine du membre et une partie de la paroi abdominale. La nature du mal est un des meilleurs éléments de pronostic, les diathésiques étant plus graves (au point de vue de la durée) que les abcès purement locaux. Les abcès froids, principalement les migrateurs, sont les plus dangereux. Certains bubons sont au contraire favorables ; tels sont ceux de la peste (Proust) (1).

(1) Proust, *Dict. de méd. et chir. prat.*, art. PESTE, p. 24.

Le *traitement* des abcès de l'aine varie quelque peu suivant leur nature et les opinions.

Pour les abcès chauds, l'unanimité est complète : il faut ouvrir et drainer.

Pour les bubons vénériens, qui assez souvent offrent l'intermédiaire entre les abcès chauds et froids, les avis sont partagés. Les uns aiment mieux abandonner la nature à elle-même, les autres préfèrent ouvrir : c'est également notre avis.

Un chirurgien militaire, Gavoy (1), a employé avec succès dans plusieurs cas la compression avec un spica de laine : ce serait à tenter s'il y avait très peu de pus.

Après l'ouverture, quand la suppuration est insignifiante et la plaie atone, on peut évider avec une curette le ganglion. Les pansements à l'iodoforme sont excellents ici.

Dans les abcès profonds, les incisions devront être faites avec prudence, parallèlement à l'axe longitudinal du membre.

Quant aux abcès froids, nous avons déjà émis notre opinion sur leur thérapeutique.

Nous avons négligé de parler de l'abcès à sa troisième période, quand il est devenu fistuleux, c'est que nous le ferons en traitant des fistules du bassin.

(1) Gavoy, *Trait. des bubons par la compression*, mémoire, 1882, p. 49.

DIXIÈME LEÇON

ABCÈS DU BASSIN PAR CONGESTION

Messieurs,

Nous n'avons nullement l'intention de faire l'histoire complète des abcès par congestion. Nous n'avons à les étudier que dans leur trajet le long des parois pelviennes. Il faut convenir toutefois que c'est là qu'on les rencontre le plus souvent.

Nous avons recueilli, ces deux dernières années, dans notre service, huit observations de cette affection, qui montrent bien les différentes étapes qu'elle peut parcourir.

Les voici :

Obs. LXV *bis*. — *Abcès ossifluent bilatéral de la région sacro-lombaire. Ouverture dans l'intestin. Cachexie.* — E... (René), vingt ans, entre le 24 janvier salle Sainte-Marthe, n° 10. Depuis deux ans, E... souffrait dans les reins, quand apparut un abcès sur le côté du sacrum. On le draina il y a six mois. Au bout de trois mois, l'abcès était à peu près guéri, quand une fièvre typhoïde se déclara. Pendant la convalescence, l'abcès ancien se remit à suppurer et un nouveau se forma près de lui.

État actuel. — Amaigrissement considérable, poumons sains.

A quelques centimètres de la crête iliaque gauche, un peu en dedans de la partie moyenne apparaît l'ancien trajet fistuleux, qui donne issue à du pus. A peu près au point symétrique, à droite, existe une tumeur du volume d'un œuf, chaude, fluctuante, fort douloureuse, recouverte d'une peau rouge et lisse. Au pourtour, sur toute la région sacrée, est un œdème très prononcé. Aucun point

osseux douloureux, sauf au niveau de la partie inférieure de la colonne lombaire. Depuis dix jours, chaque défécation s'accompagne d'un écoulement de pus d'une horrible fétidité ; cependant le toucher rectal ne permet pas de sentir autre chose qu'un engorgement des ganglions du méso-rectum.

27 *janvier.* — Drainage de l'abcès.

6 *février.* — Altération de l'état général, cachexie rapide.

Obs. LXVI. — *Abcès ostéopathique, sessile de la fosse iliaque externe gauche, par congestion de la fosse iliaque interne.* — F... (Isidore), trente et un ans, confiseur, entre le 17 janvier 1883, salle Nélaton, nº 17. Père et sœur morts de la poitrine. Bonne santé jusqu'à il y a deux ans. A cette époque, bronchite et hémoptysies. Depuis lors, toux fréquente et abcès multiples : aines, flanc, cou. Il y a six mois, il commença à souffrir de la fesse gauche, mais c'est seulement dernièrement qu'il a senti une tuméfaction.

Etat actuel. — Tuberculose pulmonaire au premier degré. A la fesse gauche, tumeur du volume d'une tête de fœtus. Commençant à 3 centimètres de la lèvre externe de la crête iliaque, elle descend jusqu'au pli fessier, transversalement elle s'étend du trochanter au sacrum. Elle est fluctuante, peu douloureuse, semble siéger au-dessous du grand fessier. Les téguments sont indemnes.

Le toucher rectal permet de constater un peu de tuméfaction au niveau du bord latéral gauche du sacrum.

30 *janvier.* — Opération : deux petites ouvertures, l'une supérieure, l'autre inférieure ; grattage de la cavité. Le doigt introduit par l'une des incisions pénètre, par la grande échancrure sciatique, jusque dans le bassin. Passage d'un gros drain, lavage et pansement phéniqué.

2 *février.* — L'écoulement séro-sanguinolent est peu considérable.

6. — Phlegmon de la cuisse, en arrière. Drainage.

20. — La suppuration de la cuisse est tarie, il ne reste que le trajet fessier.

1er *avril.* — Quoique le trajet fessier donne peu de pus, le malade pâlit et se cachectise.

Il est apparu ces jours derniers une tumeur fluctuante au niveau du psoas et derrière l'arcade de Fallope à droite. C'est vraisemblablement un abcès par congestion.

15. — L'état général s'est assez rapidement altéré, et le malade est mort ce matin.

Autopsie. — De l'immense foyer de la fesse, il ne reste qu'un trajet sinueux, peu étendu, sans décollements. On a peine à trouver un petit orifice au niveau de l'échancrure sciatique. La cuisse ne conserve rien de l'ancien phlegmon. La fosse iliaque interne gauche est

également indemne, mais tout le psoas droit est disséqué par une suppuration lie de vin. Les deux dernières vertèbres dorsales sont dénudées sur le côté droit au niveau de l'insertion du psoas. Toute la face antérieure du sacrum, à partir de la deuxième vertèbre, est dénudée, rugueuse. Le foyer en avant du sacrum contient des liquides d'une fétidité extrême. Tuberculose pulmonaire.

Obs. LXVII. — *Abcès de la fosse iliaque symptomatique d'un mal de Pott. — Immobilisation, résorption.* — Courty, huit ans et demi, salle Nélaton, mars 1884 (malade externe). Manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Il y a un an, gibbosité à la région dorsale, vers la dixième vertèbre. Depuis quelque temps, augmentation du volume du ventre, pas de réaction générale.

Actuellement, on trouve dans la fosse droite une tumeur fluctuante ayant tous les caractères d'un abcès froid. Traitement : Immobilisation dans une gouttière ; médication générale antiscrofuleuse.

Deux mois après, l'abcès a diminué au point qu'il y a lieu d'espérer la guérison parfaite par résorption.

Obs. LVIII. — *Mal de Pott. Abcès par congestion de l'aine droite. Ponction. Amélioration.* — M... (Arthur), vingt-sept ans, zingueur, entre le 11 juin, salle Nélaton, n° 15. Antécédents héréditaires tuberculeux. Fièvre typhoïde à quinze ans, adénite sous-maxillaire de temps à autres, perte des forces. Il y a quatre mois, sans causes connues, à l'aine droite, tumeur du volume d'une grosse noix, reste stationnaire six semaines, puis a augmenté et est devenue le siège de douleurs. Aujourd'hui elle est de la grosseur d'un œuf de dinde à grand axe parallèle au pli de l'aine qu'elle déborde en haut et en bas; fluctuante; peau de couleur normale. Saillie douloureuse au milieu de la sixième vertèbre lombaire, rien par ailleurs.

15 *juin*. — Ponction. Compression ouatée.

22 *juillet*. — L'abcès ne s'est pas reproduit, mais il y a des signes de tuberculose au sommet du poumon droit. Exeat.

Obs. LXIX. — *Mal de Pott lombaire. Abcès par congestion des régions trochantérienne et fessière.* — M... (Raoul), dix-huit ans, verrier, entre le 14 janvier 1884, salle Cloquet, n° 2. Assez bonne santé.

A l'âge de quatre ans, à la suite de mauvais traitements, déformation de la colonne vertébrale, s'accroissant lentement ; paraplégie, douleurs vives et finalement formation d'un abcès à la région trochantérienne gauche qui s'ouvrit et guérit. État général satisfaisant depuis lors.

Il y a six mois, nouvelles douleurs et formation d'une tumeur fluctuante ayant envahi toute la fesse gauche et la partie postérieure et externe de la cuisse, jusqu'au tiers moyen, recouverte d'une peau lisse et amincie. Déformation vertébrale classique, portant sur les

troisième, quatrième, cinquième et sixième dorsales. Rien aux poumons.

15 *janvier*. — Ouverture de la poche à la partie déclive; deux drains sont placés. Pansement phéniqué, compression ouatée.

20 *février*. — Les tubes ont été enlevés déjà depuis quelques jours. L'abcès est recollé. Etat général excellent.

Obs. LXX. — *Abcès par congestion de la région trochantérienne, symptomatique d'un mal de Pott lombaire. Autopsie : lésions classiques et de plus ostéophytes et usure du trochanter par le drain.* — Lonc, trente-neuf ans, entre le 27 avril 1883, salle Nélaton, n° 30. Apparition du mal de Pott à l'âge de vingt-deux ans, formation lente d'un abcès par congestion à la région trochantérienne droite. En août 1883 passage d'un gros drain horizontal au niveau de la limite inférieure du grand trochanter. La suppuration persista malgré les injections; la cachexie survint et il mourut le 23 avril. Treize jours avant sa mort, il fut pris subitement d'une dyspnée très intense, mais sans hémoptysie, avec douleur vive s'irradiant dans l'épaule et le bras.

Autopsie. — Elle nous montre de curieuses lésions osseuses ainsi que le prouve la figure ci-jointe, dessinée d'après la pièce déposée dans notre musée, au n° 668.

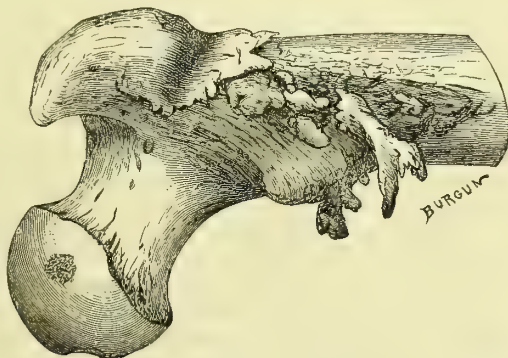


Fig. 1. — Ostéosphytes et usure de l'os par un drain en caoutchouc.

Du côté de la colonne lombaire, large foyer de carie d'où part, à droite, une traînée remplie de détritus rougeâtres; elle atteint l'arcade crurale en suivant le canal iliaque. Là elle s'ouvre dans un vaste clapier dans lequel baignent les deux trochanters et que circonscrivent des tissus lardacés et infiltrés.

Les trochanters et la portion voisine du fémur sont dénudés, enflammés, atteints d'ostéite condensante, comme le montre un trait de scie sur le corps de l'os. Trois ostéophytes assez volumineux et plu-

sieurs autres petits ornent leur surface. L'un, aplati, curviligne et bifide, de 3 à 4 centimètres de long sur 5 à 6 millimètres de large, situé dans les fibres postérieures d'insertion du grand fessier; l'autre, également curviligne, effilé, a 15 millimètres de long, il naît près du petit trochanter. Enfin un troisième, court et arrondi, situé sur le bord postérieur du grand trochanter.

A la limite inférieure de cette saillie est une gouttière transversale de 1 centimètre de diamètre sur 2 ou 3 millimètres de profondeur. Elle est due assurément au frottement du drain, qui a séjourné huit mois en ce point.

L'articulation coxo-fémorale semble normale.

Signalons dans le poumon droit un infarctus et un épanchement séro-sanguinolent avec gros caillots dans la plèvre correspondante. C'est là l'explication de l'accès de dyspnée survenu un peu avant la mort.

Obs. LXXI. — *Abcès par congestion de la région fessière. Débridement. Mort par cachexie. Autopsie.* — P..., dix-neuf ans, entre le 19 août 1883, salle Denonvilliers, n° 39. Pleurésie gauche à dix ans, tousse depuis lors. Début de l'affection osseuse il y a cinq à six mois. Le 19 mai de cette année, opération dans le service : ouverture d'un immense abcès de la fesse gauche; ablation d'une notable partie de l'os iliaque.

20 *juillet.* — Plaie en bon état, peu de suppuration, marche possible et sans douleur. Séjour au Vésinet. Rentrée le 19 août. Depuis lors, aggravation lente, écoulement imparfait du pus malgré la dilatation des trajets fistuleux qui ont persisté. Mort dans la cachexie le 16 décembre.

Autopsie. — Foie et reins gras, rien dans les autres viscères.

Ostéite tuberculeuse des trois dernières vertèbres lombaires, comme dans le corps de la dernière. Altération semblable de l'os iliaque.

Obs. LXXII. — *Abcès de l'aine par congestion. Drainage, amélioration.* — Lec... (Joseph), vingt et un ans, coiffeur, entre le 31 mai 1883, salle Cloquet, n° 9. Manifestations strumeuses dans l'enfance; à huit ans, fièvre typhoïde, rhumes fréquents, pas d'hémoptysies.

Il y a six semaines, apparition à l'aine gauche d'une tumeur molle, indolente pendant huit jours, douloureuse depuis, surtout quand il reste longtemps debout.

État actuel. — Tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de poule, fluctuante, mate, douloureuse à la pression, dépassant l'arcade crurale de 3 centimètres. Saillie douloureuse au niveau de la douzième dorsale. Rien aux viscères.

5 *mai.* — Drainage de la tumeur, régime tonique.

2 *juin.* — Grande amélioration; exeat.

La *marche anatomique des abcès migrateurs du bassin* est intéressante à étudier. Ces abcès naissent tous de la colonne vertébrale, toutefois dans le sens rigoureux du mot, l'abcès périnéphrétique qui fuse dans le bassin est un abcès par congestion, de même que ceux des autres viscères extra-pelviens, ou encore d'un point quelconque du bassin, mais qui s'étend au loin.

Quelle que soit leur origine, on doit, au point de vue de la marche, les diviser en deux groupes, antérieur et postérieur, par rapport à un plan transversal passant par les apophyses transverses :

1° Les antérieurs abordent le bassin en arrière soit par le canal iliaque (abcès symptomatiques d'une lésion de la colonne lombaire), soit entre le fascia iliaca et le péritoine, par l'espace sous-péritonéal (abcès de la colonne dorsale et cervicale, abcès viscéraux).

Le pus fait une première halte dans la fosse iliaque interne : il s'y collecte et forme une des plus fréquentes variétés des abcès de cette région (voy. Abcès iliaques) puis, comme nous l'avons déjà montré, il continue sa marche :

a. Les abcès du canal iliaque descendent le long de ce conduit, franchissent l'arcade fémorale avec le tendon des muscles psoas et iliaque et se montrent au voisinage du petit trochanter. Là, nouvelle halte, puis ils peuvent fuser le long de la cuisse, ou mieux derrière le col fémoral pour apparaître à la fesse ou à la région trochantérienne. C'est habituellement la troisième et dernière étape.

Quelquefois le pus s'accumule dans la bourse du psoas et de là passe dans l'articulation. D'autres fois il perfore le fascia iliaca et se transforme en la deuxième variété.

b. Abcès sous-péritonéal : le pus apparaît à l'orifice inguinal ou crural, d'où accès possible dans le triangle de Scarpa ou le scrotum ; ou bien il s'accumule derrière la paroi abdominale qui confine à la fosse iliaque et remonte assez haut derrière elle. D'autres fois il descend dans le petit bassin et sort habituellement par la partie inférieure de l'échancrure sciatique, suivant le grand nerf sciatique comme fil

conducteur. Richet a en outre montré que le prolongement de l'aponévrose pelvienne qui unit les vaisseaux fessiers entre eux et au muscle pyramidal leur ferme l'accès de la partie supérieure. De ce point l'abcès s'étale sous le fessier, gagne la région trochantérienne, se confondant avec la varieté précédente, ou bien suit le grand sciatique et on l'a vu atteindre les malléoles.

D'autres fois le pus s'arrête dans le pelvis, et, érodant l'un des viscères creux, s'échappe par une voie naturelle ; ou bien traverse le trou obturateur et apparaît à l'aine, ou encore s'amasse au pourtour du rectum et de l'anus.

Telles sont les diverses évolutions des abcès migrateurs antérieurs.

2° Celles des postérieurs sont moins complexes. Ils abordent également le bassin, à sa partie postérieure, en avant ou en arrière de la puissante aponévrose lombo-sacrée. Après s'être collecté au niveau de l'articulation sacro-iliaque, le pus de l'abcès profond décolle les fibres d'insertions du fessier et se collecte en un foyer fessier ou trochantérien ; ou bien il devient superficiel et s'étale, comme celui qui l'est primitivement, à la région fessière.

Ces abcès à leur tour peuvent descendre plus ou moins loin sur la cuisse, mais généralement la fesse est leur dernière étape.

Dans des cas plus rares, les deux variétés, antérieure et postérieure, se trouvent réunies, ou bien il y a un abcès à droite et l'autre à gauche. On conçoit sans peine les dégâts qu'ils occasionnent.

En parlant des collections froides nous avons fait entièrement l'*anatomie pathologique de ces abcès*, car le canal qui amène le pus ne diffère pas, au point de vue de sa constitution, de la poche elle-même. Quant au foyer de départ, nous n'avons pas à nous en occuper.

Les *symptômes des abcès par congestion du bassin*, plus que ceux des autres régions, et principalement ceux de la fosse iliaque, sont obscurs au début, car ils ont une période prodromique longue. Elle est caractérisée par une douleur sourde

en un quelconque des points du squelette qui peut leur donner naissance ; puis cette douleur s'étend lentement vers le bassin, s'accompagnant ou non, suivant le siège, de gêne dans le fonctionnement de la cuisse, ou de raideur lombaire. Puis, avant ou après la déformation osseuse du point de départ, en palpant la fosse iliaque interne, on sent un empâtement assez localisé, sensible à la pression. Cet empâtement augmente de largeur et d'épaisseur, il devient fluctuant et l'abcès est constitué de toutes pièces. On peut chez les personnes maigres sentir, au-dessus, un cordon indiquant le canal vecteur du pus. Parfois l'apparition de l'abcès est brusque, elle survient alors à la suite d'un effort, d'une chute, mais fréquemment dans ce cas il y a formation subite d'une gibbosité.

Si l'abcès est postérieur, on suit plus aisément sa marche, et, comme nous l'avons vu, il constitue d'abord une première tumeur au niveau de l'articulation sacro-iliaque, de volume variable, pouvant acquérir dans les cas extrêmes les dimensions d'une tête de fœtus, et présentant tous les caractères de l'abcès froid : fluctuation, consistance uniforme, sensibilité modérée, etc. Dès son apparition, l'état général s'altère presque toujours : amaigrissement, perte de forces, fièvre vespérale, transpiration, etc.

Peu à peu la tumeur progresse, et alors on peut voir successivement se produire l'ensemble symptomatique que nous avons décrit à propos des abcès froids du pelvis, de l'aine, de la fesse, de la région trochantérienne, et de la région sacrée. Quel que soit du reste leur siège, les abcès migrateurs ont un caractère pathognomonique, la réductibilité par pression ou le simple changement de position suivie d'une reproduction de la tumeur au-dessus.

Dans la marche clinique de ces abcès on peut distinguer quatre phases : de formation, d'état, de perforation ou de résorption et enfin de fistule. Ils les parcourent lentement et progressivement ou par soubresauts. Nous avons déjà étudié les trois premières phases, la quatrième va l'être dans un instant.

Le *diagnostic des abcès migrateurs du bassin* est basé sur

deux ordres de symptômes : des signes de lésions à distance (douleurs, gibbosité, troubles rénaux, etc.) et la réductibilité suivie d'une reproduction au voisinage. Quoique nous ayons fait en grande partie leur diagnostic différentiel à l'histoire des abcès froids, il nous semble utile d'énumérer au moins les maladies qui leur ressemblent, car peu d'affections prêtent autant à l'erreur. A ce point de vue nous devons considérer trois périodes dans l'évolution de l'abcès :

A. Lorsque la collection est en voie de formation. Elle simule surtout une névralgie lombo-abdominale ; mais alors des irradiations existent, on ne perçoit pas le moindre empâtement, l'état général est indemne.

B. A la période d'état.

a. Abcès extérieur : on doit penser aux abcès idiopathiques ou ostéopathiques, mais non migrateurs, aux ostéo-arthrites suppurées, au sarcome et à l'ostéo-sarcome, à l'hygroma simple ou suppuré trochantérien, ischiatique ou iliaque postérieur.

b. Abcès intérieur : il faut rechercher les caractères propres à l'adénite iliaque chronique, à une tumeur du cæcum ou de l'S iliaque.

c. Abcès apparaissant à l'aine : le diagnostic est généralement aisé avec une hernie, une tumeur variqueuse de la saphène, une adénite, etc. (Voy. *Diag. des tumeurs de l'aine*). Mais il en est autrement dans les cas rares dont voici deux exemples, que nous avons observés, le premier pendant notre internat chez le professeur Denonvilliers, le second dans notre propre service : tous deux sont rapportés dans la *Pathologie chirurgicale* de Nélaton (t. II, p. 105, 2e édition).

Obs. LXXIII. — Malade porteur d'une tumeur née sous le ligament de Fallope, reconnue par lui au moment où elle était devenue douloureuse. Peu à peu elle avait grossi, sa mollesse et sa fluctuation étaient très accusées, il n'y avait pas de frémissement hydatique. La peau, qui menaçait de s'altérer, était enflammée. Denonvilliers fit l'ouverture de la tumeur; un flot de liquide purulent mélangé de débris d'hydatides jaillit au dehors. La mort survint quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva l'os iliaque et le sacrum remplis d'hydatides.

Obs. LXXIV. — Homme portant dans la région inguino-crurale droite une tumeur fluctuante grosse comme le poing, ayant toutes les apparences d'un abcès par congestion; en outre le malade affirmait que la tumeur s'était développée spontanément. Néanmoins nous affirmâmes que la tumeur était due à une contusion ancienne et qu'elle contenait un liquide séro-sanguin, nous fondant sur une petite ecchymose située au voisinage. La ponction confirma cette manière de voir; c'est alors que le malade avoua s'être contusionné, étant ivre, quelques semaines avant.

Citons un troisième cas emprunté au même auteur (1) et tiré des *Cliniques* de Pelletan.

Obs. LXXV. — Ancien militaire ayant une gibbosité lombaire et une tumeur fluctuante de la fosse iliaque droite. On crut à l'existence d'un abcès sympathique d'une carie vertébrale, et ce ne fut qu'après un examen prolongé pendant plusieurs semaines que l'on reconnut des battements qui révélèrent la nature du mal : c'était un anévrysme qui avait détruit en partie le corps de quatre vertèbres.

Que l'abcès soit interne ou externe, mais surtout quand il est interne, il est parfois extrêmement difficile de savoir si c'est un abcès froid idiopathique ou un abcès par congestion : nous ne parlons pas, bien entendu, des cas avec gibbosité manifeste, s'imposant à la première inspection. C'est alors surtout aux circonstances commémoratives qu'il faut s'adresser : dans les abcès par congestion il y a eu, au début, des douleurs en un point plus ou moins éloigné du foyer actuel; ces douleurs existent encore, ou, si elles ont disparu, la percussion exercée sur ce point produit un retentissement pénible. Mais ce signe peut manquer, témoin les trois cas que rapporte Nélaton (2) et qui ne furent reconnus qu'à l'autopsie.

Nous verrons plus loin le diagnostic des abcès migrateurs de la période de fistule.

(1) Nélaton, *ibid.*, p. 106.
(2) Nélaton, *ibid.*, p. 107.

Le *pronostic* des abcès migrateurs du bassin est subordonné à une foule de considérations : au volume de l'abcès, au nombre d'étapes qu'il a parcourues, le mal empirant au fur et à mesure que la lésion s'étend, à l'altération de l'état général, au degré de déformation du point de départ. Toutes choses égales d'ailleurs, les abcès postérieurs sont moins graves que les antérieurs, ceux qui ont pour point de départ un des points quelconques du bassin sont plus curables que lorsque c'est la colonne vertébrale qui a fourni le pus. Les moins graves de tous sont des abcès d'origine viscérale (abcès périnéphrétique, etc.).

A la période d'ouverture, les cas les plus favorables sont ceux qui s'ouvrent à l'extérieur. Nous avons vu par ailleurs le degré de gravité relative de l'ouverture dans les viscères.

Dans les cas les plus heureux, la perforation n'a pas lieu : au bout de longues semaines, la terminaison se fait par résorption du pus (1). Mais le plus habituellement, le malade meurt par septicémie putride, ou, plus rapidement, à la suite d'accidents aigus (septicémie aiguë, granulie, etc.).

Le *traitement des abcès par congestion du bassin* a été de tout temps fort discuté, comme celui de tous les abcès froids du reste, ainsi que nous l'avons montré dans l'article qui leur a été consacré.

En somme, la thérapeutique des abcès par congestion comprend : 1° le traitement de l'affection d'où dérive l'abcès ; 2° le traitement de l'abcès lorsqu'il est apparent ; 3° le traitement des fistules. Cette dernière indication recevra sa solution dans le chapitre suivant. Voyons les deux autres.

Ce qui frappe quand on suit un de ces abcès, c'est son innocuité relative tant qu'il n'est pas ouvert. Aussi jusque dans ces dernières années, et même parfois maintenant, le précepte était de faire tout pour empêcher l'ouverture. Cette abstention a été formulée par A. Després de la façon suivante : « Tout abcès par congestion qui reste stationnaire et n'augmente pas au delà de certaines limites et que recouvre une

(1) Bailly, Thèse de Paris, 1856.

peau saine ne doit pas être ouvert. » Il est de fait que la pratique a fourni un contingent respectable de cas de guérison par l'application de topiques tels que la teinture d'iode, les vésicatoires, pointes de feu, etc., aidés du traitement interne antiscrofuleux. Gouilloud cite une observation de guérison totale, et une autre d'amélioration. Il faut dire que ces deux cas exigèrent vingt mois de traitement à l'hôpital.

A ce premier ordre de moyens on peut joindre les ponctions répétées, simples ou suivies d'injections iodées. Voici deux observations qui prouvent leur efficacité :

Obs. LXXVI. — *Carie vertébrale. Abcès de l'aine par congestion. Injection iodée. Guérison.* Boinet. *Iodothérapie*, p. 734 (Obs. résumée). — Homme de trente-neuf ans, tuberculeux, avec mal de Pott dorsal, et abcès par congestion de l'aine droite du volume d'une tête de fœtus. Ponction et injection iodée en novembre 1850. Le 5 janvier, on avait fait six ponctions suivies d'injection, et le 21 la guérison semble complète : elle ne s'est pas démentie en effet depuis. On a eu soin de mettre le malade en déclivité afin que l'injection iodée descendît jusqu'au foyer osseux. Le traitement interne a été employé concomitamment.

Obs. LXXVII. — *Mal de Pott lonbaire. Abcès iliaque. Injection iodée. Guérison.* Boinet, *Iodothérapie*, p. 739 (Obs. résumée). — Homme de vingt ans, avec mal de Pott lombaire datant de deux ans et vaste abcès à droite occupant les lombes, la fosse iliaque et quelques centimètres de l'aine. Le 20 février 1852, ponction au-dessous de l'arcade et injection iodée.

1er mars. Deuxième injection, fièvre intense et eschare au point piqué; fétidité du pus.

Le 15 mars, troisième injection. A partir du 25 mars, les phénomènes généraux s'amendent : injection iodée tous les deux jours, puis tous les huit jours.

En septembre 1853, fermeture des fistules, toute trace de tumeur a disparu : la guérison est parfaite. Le traitement général a été purement tonique.

Dans ces dernières années, depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique on s'est enhardi, et comme le dit Reclus (1), « au lieu de se laisser engrener dans une série de

(1) Reclus, *Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale* (*Gaz hebd. de méd. et de chir.*, 1882, p. 506).

complications dont le dernier terme est la mort, le chirurgien doit prendre l'offensive et les résultats qu'il peut obtenir sont encore supérieurs aux risques qu'il court » (1). On en est donc venu à ouvrir les abcès par congestion quand ils ont atteint un certain volume. Du reste Boyer, après avoir longtemps prêché l'abstention, devint partisan de l'ouverture même précoce.

L'incision doit se faire au thermo-cautère, à la partie déclive. C'est ainsi que, dans les abcès de la fosse iliaque, l'incision, de 10 à 15 centimètres, devra être menée parallèlement à l'arcade : ceux de l'aine, au contraire, exigent une incision verticale, etc. Toutes les précautions que réclame la méthode listérienne doivent être prises : le foyer vidé, on fait une injection antiseptique forte, puis, armé de la cuiller tranchante, on gratte et on enlève toute la membrane qui tapisse l'abcès. Mais ce n'est pas tout, il faut gratter également le trajet, et arriver jusque sur la vertèbre malade, qui sera également ruginée, si faire se peut.

Lorsque le pus se porte en arrière, il est bon de passer un drain qui ressort par les lombes, lors d'abcès iliaque. Il est en effet de toute nécessité, après avoir cruenté les surfaces, de bien drainer la cavité et de comprimer fortement. Ces deux moyens, à eux seuls, sont parvenus parfois à déterminer la guérison.

(1) Consulter à ce sujet : Lister, *Œuvres réunies*. Traduction de Borginon, 1882; et J. Bœckel, *Fragments de chirurgie antiseptique*, 1882.

ONZIÈME LEÇON

FISTULES CONSÉCUTIVES AUX COLLECTIONS PURULENTES DES PAROIS PELVIENNES

MESSIEURS,

Nous avons cru devoir présenter dans une étude d'ensemble les fistules qui peuvent être la conséquence des abcès multiples que nous venons de passer en revue. C'est la seule façon de ne pas tomber dans d'inutiles redites.

Les *causes premières* de ces fistules sont celles des abcès : nous n'avons pas à y revenir, mais pourquoi, ici peut-être plus qu'ailleurs, l'abcès ouvert tend-il à rester fistuleux? Pour trois causes principales : 1° la mobilité des différents plans musculo-aponévrotiques ; 2° la difficulté d'accoler les parois des abcès après évacuation du contenu, par suite des obstacles à la compression, et de la rigidité des parois aponévrotiques (notamment l'aponévrose fascia iliaca); 3° par la persistance de la production des liquides à éliminer (pus symptomatique de lésion osseuse, ou de corps étrangers tels que les projectiles de guerre, liquide d'une cavité naturelle : intestin, vessie, etc.); et cela, par suite de la difficulté à tarir la source de la sécrétion, à cause de la distance à laquelle elle est située (face antérieure du sacrum, fosse iliaque interne colonne vertébrale).

Avant de poursuivre notre étude, nous donnerons un cer-

tain nombre d'observations de fistules tirées, pour la plupart, de notre service et inédites.

Obs. LXXVIII. — *Fistule de la région trochantérienne symptomatique d'un hygroma chronique de la bourse trochantérienne.* — M... (Marius), seize ans et demi, tourneur sur fer. Entré le 9 mai 1884, salle Cloquet, n° 72. Gourme dans l'enfance, excellente santé du reste. A l'âge de huit ans, sans causes connues, abcès peu douloureux, car il pouvait marcher, situé à 5 centimètres au-dessous du grand trochanter droit. Ouverture accidentelle par un coup de pied : fistule consécutive. Trois ans après elle persistait encore : débridement avec le bistouri, cicatrisation au bout de deux mois. Un an plus tard, nouvel abcès à la partie supérieure du trochanter : ouverture spontanée ; fistule fermée également d'elle-même au bout de douze mois. Enfin, il y a six mois, troisième abcès, cette fois au siège du premier : ouverture naturelle le huitième jour, fistule depuis lors.

9 *mai.* — État actuel : jeune homme vigoureux, un peu lymphatique. Sur la région trochantérienne : cicatrices adhérentes et une fistule qui va, en décrivant une courbe à convexité profonde, jusqu'à la cicatrice sus-trochantérienne. L'os ne paraît pas dénudé. Les mouvements de la hanche sont indolents et libres, toutefois, l'abduction est un peu sensible.

17. — Opération : incision verticale couche par couche au thermocautère ; mise à nu du trajet fistuleux et de la bourse trochantérienne. Elle est très large, à parois épaissies et tapissées de fongosités. Grattage. On aperçoit alors : 1° un trajet postérieur allant vers l'ischion : là une contre-ouverture est pratiquée, grattage du trajet, passage d'un gros drain ; 2° un petit prolongement inférieur, qui est débridé ; tube vertical, réunion partielle par quelques points de suture. Pansement phéniqué.

23. — Détersion des plaies, réunion partielle profonde. Indolence. État général excellent.

1er *juin.* — Ablation de tous les tubes.

22. — Depuis dix à douze jours, quelques souffrances au siège de l'ancien trajet vertical.

28. — Disparition des douleurs. Cicatrisation de la plaie inférieure : la supérieure a encore 7 à 8 centimètres de long, sur 15 à 20 millimètres de large. Évacuation à Vincennes.

Obs. LXXIX. — *Fistules entretenues par des concrétions fibrineuses de la bourse trochantérienne, et qu'on avait crues ostéopathiques* (Robert, *Cliniq. chirurg.*, p. 396, 1860). — Femme de trente ans, abcès trochantérien spontané survenu quatre mois avant, ouvert et resté fistuleux. Avec le stylet, on trouve une surface rugueuse, inégale, dure, présentant une sorte de crépitation rude et fine ressemblant

à celle de la carie ; dans d'autres points, le stylet pénétrait assez facilement à une certaine profondeur, comme en un mot cela se voit dans les os ramollis par la suppuration ; on diagnostique une carie, mais une incision permit de voir que l'os était indemne : il s'agissait d'une concrétion très dure, que le microscope montra être de nature fibrineuse, vestiges d'une hématocèle dans la bourse trochantérienne.

La cavité fut bourrée de charpie sèche, puis badigeonnée à l'iode. Guérison.

Obs. LXXX. — *Fistules symptomatiques d'une ostéite du grand trochanter. Évidement de cet os. Drainages multiples. Guérison.* — H... (Augustine), trente-sept ans, couturière, entrée le 3 décembre 1885, salle Denonvilliers, n° 51. Réglée à dix-huit ans, mariée quelques mois après, elle a eu cinq enfants et trois fausses couches. Bonne santé habituelle, à part une affection abdominale accompagnée de vomissements. A l'âge de dix-neuf ans, chute sur la hanche droite, sans conséquences immédiates, du reste, car ce n'est que trois ans après qu'elle sentit une sorte de craquement dans cette hanche, en jouant. La région devint douloureuse, et quinze jours après, une petite grosseur apparut à la région trochantérienne : accroissement progressif; son volume, au bout de deux mois, est celui d'une tête de fœtus. A cette époque, ouverture et mèche : formation successive de deux autres fistules, issue de dix-sept petits séquestres par ces orifices. Néanmoins, marche possible mais avec des béquilles. Il y a cinq mois, nouvelle exacerbation qui la fait entrer à l'hôpital.

7 *décembre*. — Opération : large débridement avec le couteau thermique, évidement du trochanter, trois drains sont placés. Pansement Lister, médication générale antiscrofuleuse.

15 *janvier*. — Après une amélioration passagère, nouvelle poussée inflammatoire ces jours-ci : empâtement, rougeur, fièvre, vomissements. Cela vient sans doute de ce qu'on a retiré un des drains trop tôt. Traitement : cataplasmes.

2 *février*. — L'état général s'est amendé, mais l'état local reste le même. Opération : longue incision au thermo-cautère, de 15 à 20 centimètres environ, verticale, passant par la convexité de la région trochantérienne. Mise à nu de la partie postérieure du grand trochanter, un peu altérée, dont on enlève gros comme un haricot, à l'aide d'une gouge. Puis les trajets fistuleux sont suivis : le plus important se rend au pli génito-crural; contre-ouverture en avant des adducteurs, drain transversal. Deux autres drains, l'un vertical, l'autre oblique, sont également placés. Suture d'une partie de la plaie cutanée. Pansement Lister.

7. — A la suite de l'opération, pendant trente-six heures, vomissements, prostration, tendance à la syncope. Hier, hémorrhagie par la

plaie de l'aine, arrêtée par un tamponnement avec de l'amadou, tendance à la syncope.

10. — Toutes les plaies sont détergées; celle de l'aine pourrait admettre un œuf, tant elle est profonde. État général meilleur.

14. — Érysipèle ayant envahi toute la cuisse.

23. — Disparition de l'érysipèle.

22 *juin.* — Pendant ces trois mois, amélioration lente malgré la formation d'un abcès subaigu au-dessous de l'orifice inférieur et qui s'est ouvert spontanément. Il semble partir du fémur.

Des fongosités polypiformes se forment de temps à autre dans les trajets.

13 *octobre.* — Dans le courant du mois d'août la malade est sortie, allant assez bien et marchant sans béquilles. Actuellement, il n'y a plus ni empâtement ni rougeur. Ses mouvements sont aisés, c'est à peine si la démarche est modifiée. Aux gros drains on avait substitué de petits, aujourd'hui on met des fils d'argent.

20. — Les fils gênant, on remet des tubes.

En fin de novembre, on enlève définitivement tous les tubes. La guérison semble assurée. État général satisfaisant.

Obs. LXXXI. — *Fistule ostéopathique du grand trochanter. Évidement de cet os. Guérison.* — Vengeon, cinquante-neuf ans, maçon, entre le 15 novembre 1884, salle Nélaton, n° 36. Sa mère est morte d'une affection de poitrine; il a perdu un de ses enfants d'une affection semblable. Quant à lui, parfaite santé habituelle; pas de scrofule ni de syphilis. A l'âge de huit ans, abcès froid partant de la partie inférieure de la région trochantérienne et descendant sur la cuisse. Volume énorme : application de toutes sortes de topiques empiriques, y compris les matières fécales. Ouverture spontanée, issue de pus et d'un lambeau de tissu cellulaire sphacélé (?). Fistule qui guérit au bout de longs mois. A treize ans, deuxième poussée inflammatoire : long décollement le long de la cuisse; guérison par les injections d'eau chlorurée. Deux mois après, troisième poussée, même évolution. A cinquante-trois ans, nouvelle poussée, celle-là au niveau de la face externe du trochanter; guérison au bout d'un mois. Il y a trois mois, cinquième abcès, un peu plus haut; ouverture au bout de quinze jours, fistule depuis. De plus, quelques jours après, un autre orifice fistuleux se creuse près d'elle. Jamais il n'a discontinué ses travaux; un peu d'amaigrissement, cependant l'état général est assez bon.

État actuel. — On voit les deux orifices, au-dessus du trochanter; tout autour, empâtement assez considérable, ayant envahi une partie de la fosse iliaque externe. Le stylet dénote un trajet remontant en haut et en arrière, jusqu'à une longueur de 8 centimètres, sans rencontrer d'os à nu; enfoncée dans l'autre trajet, la sonde s'arrête à 1 ou 2 centimètres sur les tissus mous.

6 *décembre.* — Anesthésie, opération. Une sonde cannelée est introduite dans le trajet supérieur, une autre est enfoncée vers le trochanter. Première incision au thermo-cautère, de 12 à 15 centimètres, légèrement curviligne, afin de débrider le trajet supérieur; mise à nu d'un troisième trajet, partant de l'ascendant et se dirigeant vers le bord postérieur du grand trochanter. Pour le débrider, il faut enlever les ostéophytes développés dans l'épaisseur des muscles, s'insérant sur les bords supérieur et postérieur du trochanter. A l'aide de la pince-gouge et de la gouge à main, résection et évidement de ce bord postérieur qui paraît carié. Grattage des conduits débridés; contre-ouverture postérieure et inférieure: drain, suture superficielle. Lavages phéniqués, pansement Lister.

10 *décembre.* — Réaction inflammatoire locale et générale assez vive après l'opération. Douleurs, suppuration abondante. Ablation de quelques fils qui ont coupé les tissus.

28 *janvier.* — Suites classiques de l'opération. Tout est cicatrisé, il ne reste que l'orifice supérieur par où passe un drain.

28 *février.* — Fistulette qui sera bientôt fermée; évacuation sur Vincennes.

Obs. LXXXII. — *Fistule trochantérienne, sans dénudation osseuse. Débridement, grattage des fongosités. Guérison.* — Billard (Louis), dix-sept ans, cartonnier, entre le 17 mai 1884, n° 7, salle Nélaton. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux, syphilitiques héréditaires ou acquis. Bonne santé habituelle, mais d'une constitution chétive. Il y a six ans, chute sur le grand trochanter, et consécutivement, abcès volumineux. Continue à travailler pendant trois mois, malgré de vives douleurs. A ce moment, ouverture spontanée de l'abcès, écoulement d'un flot de pus, disparition des douleurs. Deux ans après, nouvel abcès, réouverture de la fistule jusqu'à ce jour.

Etat actuel. — La région trochantérienne gauche est déformée par une tuméfaction légère et diffuse, pigmentation de la peau. A 2 centimètres au-dessous et en arrière du grand trochanter est un orifice fistuleux en activité, ombiliqué, occupant le centre d'une dépression concave : toute la région est empâtée, mollasse, pseudo-fluctuante, comme il en existe toujours lors de fongosités. Le stylet se porte en avant et en haut et pénètre dans un cloaque fongueux, sans dénudation apparente. Rien par ailleurs. État général satisfaisant.

17 *mai.* — Anesthésie : avec le thermo-cautère, sur la sonde cannelée, incision parallèle au bord postérieur du grand trochanter, de 8 centimètres ; de sa partie moyenne, nous faisons partir un second débridement transversal de 4 centimètres ; raclage des fongosités. On voit alors que le cloaque s'étend vers le triangle de Scarpa. Comme il est impossible d'atteindre ses limites de ce côté, incision verticale à 4 centimètres en avant du grand trochanter, sur une longueur de

5 centimètres ; grattage de la partie correspondante du cloaque ; de là part un trajet fistuleux profond conduisant par une sorte de boutonnière dans un diverticule peu étendu, au-dessous du vaste externe ; raclage de ses parois ; là encore, pas d'os dénudé. Lavages antiseptiques et tube transversal.

Suites de l'opération heureuses, mais la guérison n'est complète qu'en septembre.

Au commencement de novembre, à la suite d'un coup sur cette même région trochantérienne, nouvelle poussée subaiguë douloureuse, quoique permettant la marche. Elle le força à revenir dix jours dans le service, et disparut par le repos et les émollients.

Obs. LXXXIII. — *Ostéo-arthrite suppurée de la symphyse pubienne. Formation de deux abcès symétriques en avant de la branche ascendante de l'ischion. Perforation de la vessie, double fistule urinaire consécutive* (Soc. anat., séance du 27 février 1885). — M. Lapervenche présente les pièces provenant d'un malade adulte, mort dans le service de M. Th. Anger.

Il y a quelque temps, ce malade vit se développer deux tumeurs fluctuantes symétriques au-dessous de la partie la plus interne du pli de l'aine, en avant de la branche ascendante de l'ischion. On les ouvrit, il sortit du pus séreux et finalement, par les fistules qui persistèrent, exclusivement de l'urine, la miction étant totalement supprimée.

Mort. Autopsie : ostéo-arthrite suppurée de la symphyse, petite perforation de la vessie, trajet fistuleux symétrique et double, descendant derrière les branches pubiennes et les contournant pour s'ouvrir aux points indiqués.

Obs. LXXXIV. — *Carie partielle du sourcil cotyloïdien. Coxalgie ancienne. Fistules urinaires siégeant à la partie interne du pli fessier. Evidement de la portion cariée de l'os. Dilatation progressive de l'urèthre. Guérison* (Obs. CXXXII du t. IV de nos *Cliniques*). — Rotter (Charles), vingt et un ans, journalier, entre le 22 avril 1879, salle Saint-Augustin, n° 79. N'a pas connu ses parents. Scrofule dans l'enfance (gourme, ophthalmie). Coxalgie gauche à l'âge de quatorze ans. Le malade resta cinq mois au lit ; pendant ce temps, la jambe se fléchit sur la cuisse. Il fallut la redresser et la maintenir sept mois dans un appareil dextriné. Un mois après se forma un abcès derrière le grand trochanter : il fut ouvert par le bistouri et donna issue à une grande quantité de pus ; une fistule persista.

Depuis cette époque, plusieurs abcès se sont ouverts du côté de la fesse : les uns sont demeurés fistuleux, les autres se sont fermés après être demeurés longtemps en activité. Le malade a travaillé jusqu'à ce jour malgré cette suppuration persistante, mais voyant qu'il perd ses forces, il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Outre les symptômes ordinaires de la coxalgie (ankylose de la hanche, etc.) on trouve au niveau du grand trochanter et de l'épine iliaque antéro-inférieure plusieurs fistules cicatrisées. La fesse gauche est complètement déformée : au lieu du relief habituel, il existe une dépression profonde étendue sous forme d'un sillon transversal du grand trochanter à l'anus; sur cette ligne existent quatre orifices fistuleux en activité, plus rapprochés de l'anus que de l'articulation et distants les uns des autres de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. On voit un cinquième orifice fistuleux à l'extrémité externe du pli fessier. Le stylet, introduit dans la fistule la plus rapprochée de l'anus, se dirige en haut, en avant et en dedans vers la branche ischio-pubienne ; à une profondeur de 6 centimètres, il rencontre une surface osseuse dénudée, qui paraît plutôt cariée que nécrosée et qui semble appartenir soit à l'ischion, soit à la face externe de la branche ischio-pubienne. La seconde fistule converge vers le même point que la précédente. Les autres fistules se perdent au milieu des parties molles et ne conduisent pas très loin. Par ces fistules s'écoule continuellement, et goutte à goutte, un liquide qui présente l'odeur et la coloration de l'urine. Ces caractères deviennent évidents au moment de la miction. Il ne s'écoule en effet que quelques gouttes d'urine par l'urèthre, la plus grande partie passe par les fistules. Le cathétérisme dénote un rétrécissement uniforme de l'urèthre qui n'admet qu'une bougie n° 11. On pratique la dilatation quotidienne, et au bout de huit jours le n° 18 est passé. Il s'écoule moins d'urine par les fistules, mais comme celles-ci sont organisées et qu'à l'urine est mêlé du pus, le débridement du trajet est indispensable.

10 *mai* 1879. — Chloroforme. A l'aide du thermocautère, nous faisons une première incision verticale, longue de 12 centimètres et passant par la fistule la plus interne : incision analogue par l'externe ; puis incision transversale réunissant les deux autres et passant par les deux fistules moyennes. On obtient ainsi un H. Le couteau thermique divise les tissus lardacés, atteints d'inflammation chronique et très durs jusqu'à une grande profondeur. Des sondes cannelées laissées dans les fistules servent de points de repère. Après avoir ménagé le grand et le petit sciatique, nous arrivons sur un petit foyer de carie situé immédiatement au-dessous de la cavité cotyloïde, sur le sourcil. Après avoir ruginé, nous évidons l'os malade sans toucher à l'articulation. Nous achevons ensuite de débrider les fistules le plus loin possible, en prenant garde toutefois d'atteindre les organes contenus dans le petit bassin.

Pendant les premiers jours, pansement avec de grosses mèches alcoolisées. Pas d'accidents consécutifs. Apyrexie complète. Appétit et sommeil conservés. On pratique chaque jour le cathétérisme uréthral. La suppuration s'établit franchement du côté de la plaie, et la

cicatrisation s'effectue lentement de la profondeur vers la surface. L'écoulement de l'urine diminue de jour en jour, en même temps que les mictions uréthrales sont plus copieuses.

4 *juin*. — La cicatrisation est très avancée, on a remplacé les mèches par un tube à drainage. Suppuration très modérée. On passe la sonde n° 20. Le malade se lève pour la première fois.

7. — La cicatrisation est presque complète : suppuration tarie. On retire le drain. L'urine passe entièrement par l'urèthre.

12. — Un peu d'urine est revenue par la fistule ; on remet le drain.

9 *juillet*. — L'urine coule encore goutte à goutte par la fistule qui se rétrécit chaque jour. On enlève le drain.

14. — La fistule admet seulement un stylet de trousse et ne laisse plus passer d'urine. Le calibre de l'urèthre est normal.

28. — Guérison complète. Exeat.

Obs. LXXXV empruntée aux *Annales des organes génito-urinaires* (n° de mars 1884) et publiée par le Dr Vincent, de Lyon. — *Ostéites juxta-épiphysaires multiples. Fistule vésico-fémorale. Calcul vésical. Taille périnéale. Guérison*. — Cet homme, âgé de trente-cinq ans, maigre, pâle, portant sur tous les membres des cicatrices d'ostéites juxta-épiphysaires suppurées; son coude droit est ankylosé, sa hanche gauche pareillement. Il vient à l'hôpital pour des troubles urinaires dont il souffre depuis longtemps : « Je ne pisse plus que par la cuisse », dit-il. En effet, quand il satisfait ce besoin, la majeure partie de l'urine s'échappe par une fistule juxta-trochantérienne qu'il présente au niveau de la hanche gauche et dans laquelle le stylet enfonce profondément dans la direction de la vessie.

Le cathétérisme dénote une surface rugueuse, solide au niveau de la prostate, très probablement une portion dénudée du pubis à gauche, et un peu au delà, un autre frottement causé par un calcul.

Le malade racontait qu'il urinait parfois du pus par la verge et par sa fistule fémorale; de plus, étant donné les traces d'ostéites multiples, M. Vincent diagnostiqua : « calcul vésical dû à un séquestre tombé du pubis dans la vessie à la suite d'un abcès par ostéite pelvienne, abcès qui s'est ouvert dans la vessie d'une part, près du grand trochanter d'autre part. » A mesure que le calcul grossissait, il rétrécissait le col vésical et forçait l'urine à passer par la fistule vésico-trochantérienne.

Le calcul, extrait par la taille périnéale latérale à l'aide du thermocautère, avait bien un fragment osseux pour noyau. Après l'opération, faite le 29 août, on laissa pendant plusieurs semaines une sonde à demeure, afin de favoriser l'oblitération de la fistule trochantérienne.

Le 23 octobre, le malade sort complètement guéri. Il persiste

seulement une légère incontinence d'urine quand le malade est debout. M. Vincent l'attribue soit à la diminution de la capacité de la vessie, soit à la perte de tonicité du col vésical par la sonde laissée à demeure dans un but curatif.

Obs. LXXXVI. — *Fistule symptomatique d'une balle logée dans l'os iliaque* (*Bul. Soc. Anat.*, 1856, p. 319). — M. Poumet présente une pièce recueillie sur un homme mort en 1843. Il avait reçu une balle à Leipzig (octobre 1813). Depuis lors il était resté une fistule, dont l'entrée était à 4 centimètres en arrière de la cavité cotyloïde. Nul traitement ne l'avait guérie. La balle, de volume normal, faisait une saillie égale dans les deux fosses iliaques. L'ilium était atteint d'ostéite avec stalactites autour du projectile. La mort était due ici à une affection intercurrente.

Obs. LXXXVII. — *Fistule symptomatique d'une balle logée dans le muscle iliaque après avoir traversé l'ilium* (obs. empruntée à la thèse de Weiss sur la *trépanation de l'os iliaque;* Paris, 1880, p. 15) (Résumé). Ancien volontaire de 1870, blessé en août d'une balle qui pénétra dans la hanche gauche un peu au-dessous et en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. A l'ambulance, quelques tentatives inutiles pour retrouver le projectile : fistule consécutive, avec membre en demi-flexion, dû évidemment à une myosite du muscle iliaque.

En octobre 1872, M. Le Dentu (1) agrandit le trajet à l'aide de la gouge et du trépan pour la portion osseuse, et retira le projectile enfoncé dans le muscle iliaque. Il avait dû utiliser l'état rugueux de la coupe d'un tuyau de pipe pour établir le diagnostic en frottant la surface du corps étranger profondément enfoncé, et mettre le malade sur le côté gauche pendant qu'il percutait le côté opposé.

Amélioration consécutive, rétablissement des fonctions du membre inférieur. Quelques poussées d'ostéites avec abcès, et finalement M. Després fut obligé, en août 1878, de passer un gros drain, d'avant en arrière, entrant au-dessus de l'arcade de Fallope et sortant par l'orifice primitif. En juin 1879, le drain y était encore, mais tout faisait prévoir une guérison.

Obs. LXXXVIII. — *Fistule ostéopathique de la branche ischio-pubienne gauche. Débridement. Evidement. Guérison.* — Grel (Paul), vingt-trois ans, journalier, entre le 12 mars 1884, salle Cloquet, n° 3. Bonne santé habituelle : a souffert beaucoup de la misère.

Il y a trois mois (probablement plus) formation d'un abcès à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, indolent du reste. Ouverture spontanée il y a six semaines, par deux orifices à 3 ou 4 centimètres l'un de l'autre. Issue d'une assez grande quantité de pus. Fistule depuis lors et création d'un troisième orifice.

(1) *France médicale*, mars 1873.

État actuel. — Le stylet conduit d'abord dans une cavité d'assez grandes dimensions, puis pénètre dans un nouveau trajet qui, cette fois, remonte vers la branche du pubis, au niveau de laquelle on arrive sans percevoir de dénudation.

16 *mars.* — Opération. Débridement au thermocautère, grattage des fongosités et évidement d'un point osseux, malade, très circonscrit et situé à la partie inférieure de la branche ischio-pubienne. Pansement Lister.

31. — Exeat avec guérison presque complète.

Obs. LXXXIX. — *Fistule ostéopathique de la branche ischio-pubienne gauche. Débridement. Amélioration.* — Paul (Edmond), vingt-sept ans, garçon de lavoir, entre le 29 février, salle Cloquet, n° 71. Bonne santé habituelle : homme vigoureux. Entre le 15 décembre 1883 dans le service du professeur Fournier pour une blennorrhagie actuellement guérie. Pendant son séjour dans le service, on remarque un peu au devant de l'anus un petit orifice fistuleux donnant issue à un peu de pus, et on apprit que, sept ou huit mois avant, sans causes connues, s'était formé un abcès, ouvert spontanément. Il passe salle Cloquet.

Etat actuel. — Le stylet se dirige vers la partie antérieure de la branche ischio-pubienne gauche qui ne paraît pas dénudée, mais est douloureuse à la pression du doigt introduit dans le rectum.

Quelques jours après son entrée : opération. Débridement au thermocautère ; clapier en contact avec l'os, non dénudé du reste ; grattage des fongosités. Pansement à la pommade boriquée.

5 *mars.* — Bel aspect de la plaie : exeat du malade sur sa demande.

Obs. XC. — *Fistule de la région ischiatique sans dénudation apparente de l'ischion. Débridement. Amélioration.* — Del... (François), vingt-trois ans, cocher, entre le 20 novembre 1884, salle Nélaton, n° 13. Bonne santé jusqu'à il y a trois ans.

En octobre 1881 : blennorrhagie compliquée d'orchite gauche ; goutte militaire depuis. Deux petites poussées d'épididymite depuis lors, l'une à gauche, l'autre à droite. En juin dernier, après ou pendant une constipation opiniâtre (il ne sait au juste), douleur sourde dans la fosse ischio-rectale gauche et formation d'une grosseur profonde ; impossibilité de travailler, par instants. Augmentation lente de la tumeur : ouverture spontanée, issue de pus et fistule consécutive.

Etat actuel. — Vaste empâtement de 8 à 9 centimètres de diamètre occupant la fosse ischio-rectale gauche. Au centre, situé à 5 à 6 centimètres de l'anus et 1 centimètre en arrière de la ligne bi-ischiatique, est l'orifice fistulaire par lequel le stylet pénètre à 7 centimètres de profondeur dans la direction de l'ischion, qui est sensible à la pression. Par ailleurs : induration de la queue des deux épididymes ; adénite cervicale suppurée. État général bon. Une médication antiscrofuleuse est instituée : injections phéniquées dans la fistule.

6 *décembre.* — Opération : long débridement au thermocautère, de 10 centimètres de long dans l'axe de la fosse ischio-rectale. A 2 centimètres, autre trajet fistuleux qui plus haut retombe dans le précédent ; débridement ; finalement la fistule aboutit au sommet de la fosse ischiatique. L'ischion ne paraît pas dénudé. Ouverture à la partie déclive ; drain, lavage et pansement phéniqué.

31. — Suites de l'opération heureuses : réaction fébrile modérée, peu de douleurs. Premier lever hier.

En fin de janvier le malade a pu sortir, mais la cicatrisation n'était pas complète.

Obs. XCI. — *Fistule de la région ischiatique sans dénudation appréciable de l'ischion. Débridement. Amélioration.* — Mas, 35 ans, cocher de fiacre, entre le 1er août 1884, salle Nélaton, n° 35. Bonne santé habituelle ; adéno-phlegmon sus-hyoïdien en 1869 ; bronchite qui dura un mois et demi, il y a sept ou huit ans. Bronchite assez longue avec hémoptysie et épistaxis, l'an dernier.

Depuis deux ans, sensation douloureuse au niveau de l'ischion droit quand il restait longtemps assis. En juillet dernier, petit abcès en ce point : ouverture spontanée, fistule consécutive.

Entre dans le service le 1er août.

20 *août.* — Débridement au thermocautère ; pas de résultats appréciables.

En octobre : légère poussée inflammatoire.

En novembre, il est dans l'état suivant : au niveau de l'ischion, empâtement assez considérable, avec fistule au centre ; un stylet arrive sur l'ischion, en apparence non dénudé, mais douloureux et empâté au toucher rectal. État général passable : toux et crachats de temps à autres, transpiration abondante la nuit ; craquements secs, en arrière, au sommet gauche.

29 *novembre.* — État stationnaire. Opération. Malade couché sur le dos : large débridement vertical, au thermocautère, de 7 à 8 centimètres ; un autre horizontal. On constate alors un décollement remontant au-dessus de l'aponévrose pelvienne, le long de la face interne de l'ischion, puis un autre le contournant en passant par la petite échancrure sciatique sans dénudation osseuse appréciable. Contre-ouverture à la fesse, à son extrémité ; grattage des trajets ; passage de deux gros drains. Suture de l'incision fessière faite au bistouri, lavages phéniqués. Pansement Lister.

1er *décembre.* — Douleurs vives jusqu'à hier soir ; fièvre légère.

8. — La fièvre est tombée assez vite ; suppuration abondante ; douleurs vives au moindre mouvement. Hier on a enlevé les points de suture ; réunion. Même pansement.

31. — Cicatrisation partielle de la plaie verticale ; suppuration peu abondante ; bon état général. On laisse le tube qui ressort par la fesse.

28 *février*. — Il ne reste que les deux orifices du trajet du drain : suppuration toujours peu abondante. Une béquille est nécessaire pour la marche.

Évacuation sur Vincennes. Guérison définitive.

Obs. XCII. — *Fistule de la région inguinale. Débridement. Guérison en dix jours.* — Eichken, quarante-cinq ans, salle Denonvilliers, juin 1883 (malade externe). Femme rhumatisante.

Il y a dix-huit mois, abcès un peu au-dessus du pli génito-crural : ouverture spontanée; fistule depuis lors.

Débridement sur la sonde cannelée; cautérisation des fongosités à l'aide du crayon de nitrate d'argent, et pansement à l'iodoforme.

Au bout de dix jours, cicatrisation complète.

Obs. XCIII. — *Fistules stercorales entre la crête iliaque et le trochanter; carie de l'os iliaque* (obs. de Zwicke citée par Gouilloud) (1). — Jeune fille de quatorze ans atteinte d'une carie iliaque survenue dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et qui fut grattée avec succès; néanmoins il restait deux orifices situés à distance égale entre la crête iliaque et le trochanter. Quatre semaines après le grattage, issue de matières fécales par les fistules. Quelques jours après, érysipèle et cessation de l'écoulement des matières, qui reparaît quatre mois après : une incision permit de constater la guérison de la lésion osseuse ; on ajourna la cure des fistules stercorales.

Obs. XCIV. — *Abcès de l'aine par calcul biliaire ; fistule consécutive. Guérison par extraction du calcul* (Copeland, *London medical transactions*, t. III, p. 191) (Résumé). — Femme de cinquante ans, souffrant du ventre et atteinte d'une constipation opiniâtre. Après quelques semaines de douleurs, il se forma à l'aine droite une tumeur fluctuante, non inflammatoire. Sous l'influence des cataplasmes, elle se rompit et il en sortit un liquide incolore; fistule consécutive qui au bout de quelque temps donna issue à des matières fécales. Un second abcès se forma et s'ouvrit dans le premier. La fistule fut élargie, et, à l'aide de longues pinces, un calcul fut extrait; de forme ovale, il avait un demi-pouce de long. Quelque temps après il fut nécessaire d'ouvrir largement les deux cavités suppurantes pour hâter la guérison qui ne tarda pas à survenir.

Copeland pense que c'était un calcul biliaire, ayant perforé le cæcum et déterminé l'abcès de l'aine.

Obs. XCV. — *Fistule pyostercorale ouverte au-dessus de l'arcade crurale droite. Débridement. Guérison.* — M... (Louise), vingt-quatre ans, entre le 14 novembre 1884, salle Denonvilliers, n° 43. Bonne santé habituelle ; a eu trois enfants.

Il y a deux ans, trois mois après le second accouchement, dou-

(1) Gouilloud, *loc. cit.*, p. 55.

leurs dans le flanc droit et constipation opiniâtre; quatre mois plus tard, tumeur dans la fosse iliaque droite, qui s'ouvrit également quatre mois après : issue de pus ; fistule consécutive. Un an après le liquide de la fistule prit une odeur stercorale, et le liquide des lavements refluait en partie par l'orifice. Il y a un an, nouvel abcès, dans la région lombaire cette fois : incision au-dessus de la crête iliaque ; tentative inutile pour ressortir par l'orifice antérieur. Cicatrisation assez rapide de l'incision lombaire.

Il y a huit mois, débridement de la fistule antérieure, drain de 16 centimètres. Ce drain fut peu à peu raccourci jusqu'à 8 centimètres; mais un beau jour il disparut dans le trajet, d'où un redoublement de suppuration ; on est parvenu à le retirer il y a six semaines. Depuis deux mois il sort par la fistule des gaz et des pepins de pommes ou de figues, quand elle mange de ces fruits. L'état général est resté bon.

Actuellement la fistule persiste, son orifice est près de l'épine iliaque antéro-supérieure ; toute la fosse iliaque est empâtée.

14 *novembre*. — Anesthésie : débridement au thermo-cautère sur la sonde cannelée dans une longueur de 10 à 12 centimètres, parallèlement à l'arcade. Seconde incision perpendiculairement à la première, partant de l'orifice et n'allant qu'à quelques centimètres. Trajet admettant le doigt, allant jusqu'au cæcum, à sa face postérieure. On ne sent pas nettement l'orifice intestinal. Grattage de la cavité ; deux gros drains côte à côte ; suture superficielle. Pansement phéniqué.

24. — Peu de réaction ; issue de temps à autres d'un peu de matières. Passage d'un gros drain avec le trocart courbe; il ressort à 4 ou 5 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure.

25 *décembre*. — Quatre jours après le passage du drain, matières et gaz intestinaux avaient cessé de passer : il ne reste plus qu'une toute petite plaie. Exeat.

Voici l'examen histologique des fongosités enlevées dans le trajet fistuleux; il a été fait dans le laboratoire du professeur Robin, par Cherbuliez. « Ces fongosités offrent une structure identique à celles qui tapissent les parois des vieux abcès froids: bourgeons charnus à éléments doués de peu de vitalité, hypertrophiés et granulo-graisseux par places, atrophiés en d'autres points. Çà et là se retrouvent les éléments dits cellules géantes, entourées de cellules plus petites, en évolution de fonte graisseuse manifeste, et constituant un amas très analogue, comme aspect, à des granulations tuberculeuses vraies. Ces caractères constitueraient, pour certains auteurs, une affection tuberculeuse véritable, analogue à celles des ganglions et des vieux abcès froids : mais ils ne sont pas assez nets, sur cette pièce, pour qu'on puisse en affirmer le diagnostic. »

Obs. XCVI. — *Fistules uréthro-périnéales consécutives à une suppuration des glandes de Cowper. Rétrécissement uréthral par exsudats sous-muqueux probablement. Exeat avant guérison complète.* — (Flor Auguste), 25 ans, garçon marchand de vins, entre le 17 octobre 1884, salle Nélaton, n° 32. Enfance très maladive, nombreux accidents de scrofule ; abcès du bras gauche et de la jambe droite, abcès lombaire qui fit désespérer de lui. Bien portant depuis cette époque. En février 1883, blennorrhagie modérément intense ; durée, deux mois. En fin de mars de cette année, deuxième blennorrhagie, violente cette fois, et qui passa à l'état chronique, reparaissant à chaque écart de régime. Elle persiste encore. En mai, alors que l'état chronique était constitué, un abcès se forma au périnée, en arrière des bourses, allant de l'anus au scrotum ; ouverture à l'hôpital du Midi au bout d'un mois et demi. Issue de pus, sans urine. Quinze jours après, sur un point induré qui persistait on dut faire une seconde incision. Au bout de six semaines, guérison complète ; mais quinze jours plus tard, suintement en ce point et finalement écoulement d'urine pendant la miction, en même temps que diminuait le jet d'urine.

Etat actuel. — Au méat, encore une goutte le matin. A la partie antérieure du périnée : deux petits orifices laissant suinter à la pression une goutte de pus ; par là issue pendant la miction de sept à huit gouttes d'urine. Le cathétérisme dénote un rétrécissement au collet du bulbe, peut-être un peu en avant.

Traitement : Bains, dilatation quotidienne et opiat.

9 *novembre.* — On est arrivé au n° 16, mais une recrudescence de l'inflammation a forcé d'arrêter.

22 *décembre.* — Le rétrécissement est vaincu, puisqu'on passe le n° 23. Malheureusement la fistule gauche persiste, malgré des injections iodées.

Comme l'état général s'est un peu altéré, on envoie le malade se reposer à Vincennes. Il n'a pas été revu.

Outre ces observations, on peut en lire d'autres fort intéressantes dans les tomes I, III et V de nos *Cliniques*. Parmi celles du tome I (années 1874-1875) il y en a une remarquable par la bilatéralité de la fistule.

Dans le tome III (1877-1878), page 324, est l'histoire d'un jeune homme de seize ans, qui, à la suite d'un choc de la hanche contre un banc, eut un premier abcès qui, devenu fistuleux, s'ouvrit et se ferma plusieurs fois ; puis un autre à la suite d'un second coup, à douze ans, également devenu fistuleux, et enfin un troisieme abcès à quatorze ans et demi qui

laissa aussi à sa suite une fistule. Avec le stylet on ne trouva pas de dénudation osseuse, et les injections iodées l'améliorèrent beaucoup en peu de temps.

A la page 337 du même tome se trouve l'observation d'un malade de vingt-neuf ans, qui, à l'âge de neuf ans, eut un abcès à la suite d'un long somme sur un banc : une fistule persista jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, époque à laquelle nous lui enlevâmes des séquestres trochantériens. Il guérit.

Enfin, dans le tome V (1881-1882), on peut lire le fait curieux d'une femme de quarante-quatre ans qui a eu quatre abcès : le premier à onze ans, à la suite d'une chute ; le deuxième à vingt et un ans, encore après une chute ; le troisième à trente-quatre ans, spontanément ; le quatrième à quarante-trois ans, resté fistuleux, indéfiniment cette fois : elle sortit fort améliorée par la dilatation avec les tiges de laminaria, les injections iodées et le traitement interne.

Quel que soit son siège, toute fistule du bassin a un point de départ, un trajet unique ou multiple, et un ou plusieurs orifices de sortie. Nous serons brefs sur ces notions *anatomo-pathologiques*.

I. — Le *point de départ* est un os, une bourse muqueuse, un ganglion, un foyer de suppuration au milieu des tissus mous, avec ou sans corps étranger au centre. Dans des cas plus rares, le point de départ est en quelque sorte double : os et cavité naturelle (voy. obs. de fistules fémoro-vésicales, etc., obs. LXXXIII, LXXXIV et LXXXV), glande de Cowper et urèthre (obs. XCVI).

Nous avons déjà décrit en détails ces foyers.

II. *Trajet*. — Il est court, direct, unique, comme dans les fistules ganglionnaires ou celles symptomatiques d'une lésion osseuse superficielle. Plus souvent, tout en restant unique, il a une direction tortueuse, irrégulière, présentant çà et là des diverticules, des culs-de-sac dans lesquels butte le stylet. Dans les cas complexes, les trajets sont multiples. Sur un conduit principal se branchent des conduits secondaires, qui s'ouvrent au dehors plus ou moins indirectement, ou après une longueur variable, s'abouchent de nouveau avec le con-

duit principal. Ces séries de canaux sont sur le même plan, ou sur des plans différents. L'ensemble est véritablement comparable à une garenne ou à un terrier. On y rencontre des dilatations d'où partent un ou plusieurs trajets. Cette disposition se voit notamment à la région trochantérienne.

La cause de cette configuration nous semble aisée à trouver. Le pus rencontrant un des deux seuls obstacles capables de l'arrêter, os et aponévrose, s'accumule derrière, puis, si c'est un os, il le contourne, quelquefois en avant et en arrière ; si c'est une aponévrose, il s'étale, fuse plus ou moins loin, parvient parfois à la contourner ; le plus souvent il la perfore en un ou plusieurs points. Cette barrière franchie, il peut en rencontrer une autre et évoluer de la même façon : de là ces fistules par étages. En somme ce sont les aponévroses qui jouent le rôle prépondérant dans la direction des trajets : aponévrose lombo-sacrée dans les abcès de la moitié postérieure de la colonne lombaire, de la face postérieure du sacrum et de l'articulation sacro-iliaque ; aponévrose du grand fessier dans les abcès de la crête iliaque, de la fosse iliaque externe, du trochanter, de la moitié postérieure de l'articulation coxo-fémorale : fascia iliaca dans les abcès de la moitié antérieure de la colonne lombaire, et de la fosse iliaque interne, enfin aponévrose du releveur dans ceux qui naissent au-dessus d'elle. Ajoutons qu'au niveau du trochanter, les bourses muqueuses superposées ont un rôle prédominant dans la disposition en galeries étagées. S'il en était toujours ainsi, si le pus, suivant l'aponévrose conductrice, s'arrêtait à son insertion inférieure et de là se portait directement au dehors, rien ne serait plus facile, étant donné le siège de l'ouverture, d'indiquer par avance l'étendue et la direction du trajet fistuleux. De fait, il en est souvent ainsi, mais, parfois, le pus décolle l'insertion inférieure et passe dans une seconde loge aponévrotique. C'est ce que l'on voit surtout pour l'insertion inférieure de l'aponévrose lombo-sacrée et supérieure du grand fessier.

Pour en finir avec la pathogénie des trajets fistuleux, disons que ceux qui dépendent d'une altération des deux viscères

pelviens, vessie et rectum, peuvent suivre trois directions principales pour la vessie et deux pour le rectum.

Les observations que nous avons citées montrent en effet :

a. Pour les fistules « ostéo-vésicales » : 1° un trajet double descendant derrière les branches pubiennes, d'une façon symétrique, et les contournant pour s'ouvrir au-dessous de la partie interne du pli de l'aine (obs. LXXXIII) ; 2° un trajet passant derrière les adducteurs et aboutissant au pli fessier (obs. LXXXIV) ; 3° un trajet de même direction primitive, mais s'ouvrant à la région trochantérienne (obs. LXXXV). En somme ce sont trois degrés d'une évolution naturelle, et les adducteurs doublés de leurs aponévroses semblent diriger ici la marche.

b. Pour les fistules rectales, le trajet se porte directement en bas et s'ouvre sur le plancher pelvien, ou bien il traverse l'échancrure sciatique et s'ouvre à la région trochantérienne.

c. Les autres fistules stercorales méritent au point de vue de leur trajet une mention spéciale, non point les fistules consécutives aux étranglements herniaires inguinaux ou cruraux où le trajet est insignifiant, mais celles qui appartiennent à la variété pyo-stercorale (1) et qui s'ouvrent habituellement directement au-dessus de l'arcade de Fallope.

Le trajet est assez large, sous-péritonéal, à parois épaisses : ce n'est autre que la cavité de l'abcès évacué à l'intérieur et à l'extérieur. La paroi des conduits fistuleux ne présente rien ici de spécial ; elle est formée par l'épaississement et l'inflammation chronique des tissus environnants ; néanmoins, surtout dans les cas anciens, la paroi est très nette, et parfaitement continue. La lumière est en partie obstruée par un revêtement de fongosités. Le microscope y dénote du tissu purement embryonnaire, ou, lors d'origine tuberculeuse, de tubercules avec des bacilles. Cette couche est du reste fort peu adhérente, et la curette en a facilement raison. Il est indispensable de l'enlever, au point de vue curatif, et au point

(1) Voy. à ce sujet : Verneuil, *Bull. Soc. chir.*, 1874, p. 195 ; Blin, Thèse de Paris, 1879 ; Julliard, *Rev. Suisse romande*, avril 1881.

de vue diagnostique, car elle empêche souvent d'apercevoir la lumière des trajets accessoires.

III. — L'orifice ou les orifices de ces fistules ont l'aspect en cul-de-poule de toutes les fistules. Il est situé en des points variables : nous venons de les indiquer.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des fistules s'ouvrant à l'extérieur. Or il en est une seconde variété : celles qui s'ouvrent dans un des viscères pelviens. Elles font suite comme nous l'avons vu, à l'ouverture d'un abcès de la face interne du bassin, quel que soit du reste son siège. Le trajet est généralement assez court et il aborde plus ou moins obliquement la paroi rectale, vésicale, vaginale, utérine, ou, dans le grand bassin, le cæcum ou l'S iliaque.

Quand on peut apercevoir l'un de ces orifices, dans le vagin ou le rectum, par exemple, on voit qu'il est au sommet d'un petit mamelon.

Enfin, chez certains sujets, les deux variétés se trouvent réunies, l'abcès s'étant ouvert à la fois dans un viscère et à l'extérieur. Les trajets sont souvent alors fort compliqués.

Le liquide qui s'écoule par l'orifice fistuleux est du pus mêlé à des produits différents, suivant le point de départ; l'odeur diffère aussi sensiblement. C'est ainsi que, lors de fistule ostéopathique, le pus est particulièrement fétide, et de temps à autres, contient de petits fragments osseux ; lors d'hygroma suppuré l'odeur peut être nulle et il n'y a jamais de fragments osseux, à moins que l'os n'ait été consécutivement altéré ; mêmes remarques pour le pus des fistules lymphatiques. Quant aux fistules stercorales elles ont une odeur caractéristique, et la quantité de pus est insignifiante ; c'est plutôt du liquide intestinal mêlé de matières, de même que c'est de l'urine, lors de fistules urinaires. Enfin, lors de fistule biliaire, c'est une bile plus ou moins altérée qui apparaît à l'orifice.

Au voisinage des foyers de suppuration anciens, les tissus sont plus ou moins empâtés; il s'y développe des dilatations variqueuses, et même parfois des angiomes.

La *marche* des fistules, quelles qu'elles soient, est habituellement la même : à une période plus ou moins longue d'accalmie, succède une poussée aiguë avec douleurs et empâtement, le tout précédé de la cessation de l'écoulement et accompagné d'un état fébrile plus ou moins intense. C'est que l'orifice étant fermé, il y a rétention. Spontanément ou artificiellement le liquide reprend son cours et tout disparaît : parfois il s'est formé un second orifice, et ainsi de suite jusqu'à la fermeture par guérison du point de départ, ou mort par épuisement. D'autres fois la fistule est si bien tolérée que la santé ne périclite en aucune façon et elle dure indéfiniment.

Le *diagnostic* de la fistule pelvienne en elle-même est d'une extrême simplicité : le cathétérisme ou même la seule inspection de l'orifice (en cul-de-poule) suffira. Par excès de précaution, l'érysipèle étant parfois survenu après une exploration, on pourra au préalable injecter dans le trajet un liquide antiseptique. Pour les fistules borgnes internes, spéculum et toucher digital sont utiles, le second tout au moins. Cependant l'écoulement purulent rectal ou vaginal peut suffire : c'est du reste le seul élément de diagnostic dans les fistules ouvertes un peu haut dans l'intestin ou dans la vessie.

Le diagnostic différentiel doit se faire, étant donné les limites de notre sujet, avec les fistules symptomatiques d'une lésion primitive de l'anus ou des voies urinaires, avec les fistules congénitales sacro-coccygiennes.

1° Fistules anales simples. Nous avons vu qu'une grande partie des abcès pelviens de la face interne des parois, et même quelques-uns de la face externe, pouvaient venir s'ouvrir près de l'anus, mais c'est surtout avec celles du sacrum qu'il faut compter : or, dans les fistules anales, la direction est centripète, le stylet passe dans la lumière du canal ano-rectal, ou n'en est séparé que par la muqueuse, les gaz et matières s'échappent, si la fistule est complète ; la marche est infiniment plus rapide, etc.

Dans les autres, trois caractères principaux : os dénudé,

pas d'issue de matières, direction divergente du trajet; enfin le doigt enfoncé dans le rectum fait sortir du pus par pression sur un point pariétal douloureux.

2° Fistules urinaires différentes du type que nous avons eu à traiter. Il y a eu des symptômes de rétrécissement et d'abcès urineux, des traumatismes, etc. Le cathétérisme de l'urèthre aide puissamment au diagnostic.

3° Fistules congénitales de la région sacro-coccygienne. Ces fistules (1) datent d'un temps très long, n'ont pas eu de phase inflammatoire initiale, contiennent des poils et des débris épithéliaux, pas de pus : les parois sont formées par du tégument; le stylet n'arrive pas sur l'os dénudé; enfin elles siègent dans le sillon interfessier ou sont rarement les fistules consécutives aux abcès.

La difficulté devient plus grande quand, par suite de la rétention des produits excrétés, la suppuration a envahi la poche : les antécédents, le siège de l'abcès, l'examen de la cavité, permettront cependant de reconnaître la nature de la lésion.

Dire qu'il y a fistule ne suffit pas, il faut en préciser le point de départ. Les commémoratifs, l'analyse du liquide, le cathétérisme , le toucher rectal et vaginal résoudront le problème.

Le *pronostic* des fistules du bassin est essentiellement variable : bénignes et facilement curables sont les fistules des parties molles, en général tout au moins; graves et épuisant souvent toutes les ressources de la thérapeutique sont les fistules ostéopathiques. Après elles viennent les fistules stercorales, puis les urinaires. Les unes et les autres voient leur gravité augmenter avec le degré de profondeur de la lésion initiale. N'avons-nous pas vu une fistule symptomatique d'une balle dans le muscle iliaque déjouer, pendant neuf ans, les efforts des chirurgiens, et ne le céder en gravité pendant longtemps à aucune fistule ostéopathique? La multiplicité des

(1) Voyez Terrillon, *Mémoire sur les fistules congénitales de la région sacrée. Rev. chir.* 1882, p. 269; Féré, *Bullet. Soc. anat.*, 1878, p. 532.

trajets, leur bilatéralité, la déchéance organique, sont autant de circonstances aggravantes. Signalons enfin les erysipèles à répétition chez certains fistuleux.

Le *traitement* de toutes ces fistules diffère suivant la variété à laquelle on a affaire.

I. — Les fistules ganglionnaires de l'aine cèdent aisément aux topiques tels que l'iode, le chlorure de zinc, et si elles résistent, l'excision du ganglion ou son grattage avec cicatrisation à ciel ouvert de la plaie. Dans les cas de lymphorrhée par lésions des troncs lymphatiques : excision de ces canaux.

II. — Les fistules dues à la présence de corps étrangers se présentent au point de vue de l'intervention sous deux formes. Ici c'est une fistule suintant à peine, très bien tolérée et dont le corps du délit ne peut être retrouvé malgré examen minutieux: il faut s'abstenir de débrider. Là, au contraire, la suppuration est abondante, le malade ne peut en faire les frais, il faut ouvrir largement et aller tarir la source de cette sécrétion. Quelquefois on sera obligé, pour arriver là, d'aller jusqu'au fond des deux fosses iliaques, et un tube entrant par l'une sortira par l'autre. (Voy. obs. XII.)

III. — Les fistules symptomatiques d'un hygroma des bourses muqueuses nécessitent, surtout si elles sont très anciennes, et que les autres moyens (injections et compression) ont échoué, un large débridement au thermo-cautère avec grattage consécutif, et même, par précaution, on peut promener le couteau thermique sur la surface de la poche afin d'y déterminer une inflammation modificatrice. Dans les cas tout à fait invétérés on pourra réséquer les parois de la fistule et de la poche. Ces fistules ne présentent pas en somme de bien grandes difficultés, qu'elles soient trochantériennes, ischiatiques ou iliaques postérieures : les incisions devront être faites parallèles aux fibres musculaires ; un large drainage assurera l'écoulement des liquides, et facilitera le recollement des lambeaux.

IV. — Tout autre est la difficulté de la cure radicale des fistules ostéopathiques. Aussi a-t-elle été longtemps négligée, et maintenant encore, malgré les ressources de l'antiseptie,

hésite-t-on souvent à l'entreprendre, d'autant que les injections iodées, aidées du traitement général, amènent parfois des guérisons, dans la pratique civile. Mais quand la vie est compromise par une suppuration interminable, il faut ouvrir largement la fistule et modifier le point de départ.

Le premier temps est le même que ci-dessus : seulement, quand la fistule s'enfonce profondément, nous employons de très fortes sondes cannelées de 20 et 30 centimètres de long. Nous débridons les trajets accessoires au fur et à mesure qu'ils se présentent, tout en ayant bien soin de ménager les organes importants : nerf sciatique, etc.

Quand le foyer initial est mis à nu, il faut en faire disparaître les lésions (carie, nécrose, tuberculose).

Au siècle dernier, c'était avec le fer rouge que l'on modifiait la surface osseuse, comme le prouve une observation de Leaultré (1), où il est dit : « Il ne restait qu'à faire attention à cette partie de la crête de l'os desiles, à laquelle on avait appliqué le feu ; elle seule empêchait l'union de toutes ces parties. Je pris le parti d'emporter avec de petites forces toute cette superficie noire, dont le dessous se trouva très sain et rouge ; après quoi le tout alla si bien dans la suite, qu'en peu de temps le malade se trouva en état de guérir. » Dans cette même observation, nous voyons en germe la résection partielle de l'os iliaque : nous disons en germe, car cela ressemble plutôt à l'ablation d'un séquestre qu'à une véritable résection, quoi qu'en dise Gouilloud (2) qui attribue à Leaultré la première résection de la crête iliaque.

Depuis lors la résection vraie sous-périostée, ou non, a été souvent pratiquée (Manné, *Traité élémentaire des maladies des os ;* Mannoir, Heyfelder, *Traité des résections ;* Velpeau, E. Bœckel, *Tableau des résections non articulaires et des évidements osseux*).

Ollier a obtenu une régénération de l'os (portion unissant le pubis à l'ischion) par la résection sous-périostée : on peut

(1) Le Dran, *Observations de chirurgie*, t. II, p. 274, 1731.
(2) Gouilloud, *loc. cit.*, p. 102.

la tenter, surtout chez l'enfant où le périoste est particulièrement épais. Chez l'adulte il y a moins à s'en préoccuper.

Voici notre façon de procéder :

Premier cas. — *Evidement :* nous l'employons pour les saillies osseuses, spécialement le grand trochanter. La surface osseuse bien dénudée à l'aide du « détache-périoste », nous employons, si la carie siège sur son bord postérieur, la pince-gouge, pince dont les mors sont comparables à deux curettes de Wolkmann. Si c'est la partie moyenne qui est prise, nous utilisons une des figures de notre polytribotome (1), la fraise, avec laquelle nous pratiquons un ou plusieurs trous, puis à l'aide de la gouge et du maillet ou de la gouge à main, nous faisons sauter les cloisons osseuses, et finalement le trochanter est évidé.

Dans certains cas comme dans les altérations de saillies osseuses faciles à isoler (épiphyses, crête iliaque) on peut employer la scie tournante.

Deuxième cas. *Trépanation.* — Là où l'os est mince, c'est d'une extrême simplicité. La gouge à main peut suffire. Ailleurs, on se servira du petit trépan manœuvrable avec une main, ou du grand trépan.

Troisième cas. *Résection.* — Elle est à employer lors de lésions étendues, et là encore la scie du polybotritome peut rendre de signalés services. La lésion osseuse enlevée, on lave soigneusement la plaie afin de chasser les particules osseuses, puis on draine largement et on suture superficiellement. La guérison demande de longs mois ; c'est variable, du reste, suivant l'étendue des lésions et l'état général.

Parfois, quand les altérations sont trop étendues, nous opérons en deux temps. Dans un premier, nous débridons toutes les fistules, et nous en grattons les parois. Une des deux sources de la suppuration est ainsi tarie ; puis, lorsque les plaies sont presque cicatrisées, nous attaquons le foyer même du mal. Nous recommandons surtout cette façon de

(1) Voy. la description, avec figures, de cet instrument dans nos *Cliniques*. t. III, p. 305.

procéder dans les fistules ostéopathiques de l'os coxal.

Nous avons dit que la fistule partant de l'os et s'ouvrant à l'extérieur pouvait, d'autre part, communiquer avec la vessie ou le rectum, ou le conduit vagino-utérin. Voyons ces différentes éventualités.

V. *Fistules ostéo-urinaires.* — Ainsi que le montrent les observations LXXXIV et LXXXV, deux traitements peuvent être employés avec des indications précises, et l'on peut ériger ceci en principe : 1° dans les fistules ostéo-urinaires, aboutissant à l'urèthre, il faut employer le débridement, la rugination ou l'évidement du point osseux malade, et dilater méthodiquement l'urèthre ; 2° lors de fistules ostéo-urinaires aboutissant à la vessie avec chute d'un séquestre dans cette cavité, la lithotritie ou la taille devient une opération de nécessité, avec ou sans débridement de la fistule. Si l'on a la certitude que le pubis est encore malade, on devra choisir la taille hypogastrique, qui permettra de ruginer cet os; si, au contraire, c'est la branche descendante du pubis, ou ascendante de l'ischion, la taille périnéale sera le procédé de choix.

VI. *Fistules ostéo-stercorales.* — Si elles sont inaccessibles, il n'y a pas à intervenir ; si elles sont accessibles, mais borgnes internes et gênant à peine le malade, l'abstention est également indiquée. Si elle sont accessibles et complètes, c'est-à-dire si elles communiquent avec l'extérieur en même temps qu'avec l'intestin, il faudra débrider les trajets externes et ruginer l'os : la fistule intestinale se fermera d'elle-même.

Même façon d'agir pour les fistules ostéo-vaginales.

VII. *Fistules stercorales non ostéopathiques.* — Celles qui sont consécutives à un étranglement herniaire, inguinal ou crural, ne sont en somme que des anus contre nature passibles de traitements particuliers qu'il ne rentre pas dans notre plan de décrire. Celles qui s'ouvrent au-dessus de l'arcade de Fallope, et appartiennent à la variété pyo-stercorale, méritent une mention spéciale et closent dignement cette étude thérapeutique.

Reportons-nous à notre observation XCV. Nous ne pouvions évidemment, dans cette fistule, appliquer le traite-

ment qui réussit fréquemment pour l'anus contre nature ou les fistules stercorales directes, c'est-à-dire dans lesquelles l'intestin, perforé, est accolé aux parois abdominales et n'est séparé de l'orifice fistuleux que par une faible épaisseur de tissus. Dans ces derniers cas, nous avons obtenu la guérison, en avivant la peau au pourtour de la fistule, en retournant les bords de l'orifice fistuleux vers la lumière de l'intestin et en rapprochant les surfaces cruentées à l'aide de points de suture peu espacés. Mais dans le cas actuel, où l'orifice externe était très distant de l'intestin, où la communication entre la cavité intestinale et la peau était établie par des trajets sinueux, étendus, et un cloaque intermédiaire, ce procédé non seulement eût échoué, mais nous risquions en l'appliquant de donner naissance à un nouvel abcès stercoral. Il nous parut profitable de faire le débridement du trajet fistuleux, afin de nous rapprocher le plus possible de l'intestin et de faire plus facilement un drainage direct. C'est la conduite que nous avons suivie. Le débridement nous a fait tomber dans une cavité tapissée d'une fausse membrane que nous avons grattée avec soin à l'aide d'une curette de Volkmann : puis nous avons placé un gros drain, destiné à donner une issue facile aux liquides sécrétés et aux lavages antiseptiques, très efficaces en pareille occurrence. La guérison a justifié ce traitement, qui nous semble le plus rationnel et qui peut se résumer en deux mots : débridement et cicatrisation à ciel ouvert. Si l'orifice cutané tardait à se fermer, alors que le reste est comblé, on serait autorisé à l'aviver et à le suturer.

Dans les cas où le débridement avec drainage a échoué, on pourrait tenter la mobilisation de l'intestin et la suture de l'orifice interne par le procédé de Lambert (séreuse contre séreuse) ; mais il ne faut pas se dissimuler que ce serait une opération des plus difficiles, et vraisemblablement dans certains cas, comme la nôtre, absolument impossible, puisque la première condition est que l'intestin soit accessible.

Enfin, pour ne rien omettre, un bandage sera utile afin de renforcer la paroi abdominale très affaiblie au niveau de la cicatrice.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BONNET, *Maladies articulaires.*

COPELAND, *History of a case, in which a calculus woes woided, from a tumour in the groin* (*London medical Transactions*, 1812, t. III, p. 191).

CHAUVEL, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. SACRO-ILIAQUE.

CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration.* — *Archives de médecine*, 1853. — *Dict. encycl.*, art. BOURSES SÉREUSES.

LE DRAN, *Observations de chirurgie*, 1731.

DUPLAY, *Progrès médical*, 1876.

FARABEUF, *Dict. encycl.*, t. I, 4e série, p. 751.

FOURNIER, *Dict. méd. et chir. prat.*, art. BLENNORRHAGIE.

FRAENKEL, *Gaz. hebd. de Bordeaux*, p. 99, 1885.

GOUILLOUD, *Ostéites du bassin* (Thèse de Lyon, 1883).

LAUGIER, *Dict. méd. et chir. prat.*, t. XIV, p. 630.

LANNELONGUE, *Abcès froids et tuberculose osseuse.*

LAPERVENCHE, *Bullet. Soc. anat.*, 1885.

MAISONNEUVE, *De la coxalgie* (Thèse de concours, 1863).

MARCHAL, de Calvi, *Des abcès du bassin* (Thèse de concours, 1844).

DE LAMOTTE, *Traité de chirurgie*, t. II, 1771.

NÉLATON, *Pathologie chirurgicale*, t. II et III, 3e édit.

MATHIEU et STRAUS, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. COXALGIE.

A. PROUST, *Dict. méd. et chir. prat.*, art. PESTE.

FAGET, *Cliniques chirurgicales*, traduct. L. H. Petit, 1877.

PÉAN, *Cliniques chirurgicales*, 1874 et 1875.

RECLUS, *Trait. des abcès par congestion* (*Gaz. hebd.*, 1882). *Réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère.* (*Ibid.*, 1881.)

ROBERT, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1860.

TRÉLAT, *Pseudo-coxalgie* (*Union méd.*, 1885, p. 184).

VACHERIE, *Hygroma suppuré de la bourse trochantérienne* (Thèse de Paris, 1882).

VERNEUIL, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. AINE.

DOUZIÈME LEÇON

DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES

MESSIEURS,

Sous ce titre, nous comprendrons : 1° les communications établies entre la vessie et l'utérus, le vagin n'ayant pas été lésé ; 2° celles qui permettent à l'urine de passer dans le vagin par un orifice qui échancre plus ou moins le col utérin, et qu'on appelle fistules vésico-utéro-vaginales.

C'est de la première de ces fistules qu'est atteinte la malade que nous allons opérer et qui m'amène à vous parler de cette infirmité parfois si difficile à guérir et dont la connaissance exacte est, par là même, éminemment utile pour le praticien.

Quelques mots d'*historique* nous intéresseront peut-être : Deroubaix (1), dans son *Traité des fistules uro-génitales*, a fait de consciencieuses recherches sur ce sujet. Nous les utiliserons.

C'est en vain qu'on cherche quelque chose se rapportant à cette affection dans Hippocrate et les auteurs anciens. Félix Plater publie le premier, en 1597, une observation intitulée : *Uteri et vesicæ cervicis cum adhærente recto intestino in partu dilaceratis*. Après lui vient Louis Mercatus, médecin espagnol, qui consacre le XXVe chapitre de son traité *De communibus mulierum affectionibus* à *De uteri fistulis*. Mais ces auteurs ont constaté la chose, voilà tout.

(1) Deroubaix, *Traité des fistules uro-génitales de la femme*. Bruxelles, 1870.

C'est en somme Van Roonhuysez, d'Amsterdam (1), qui le premier, en 1663, établit la méthode de la cure radicale des fistules uro-génitales : mais comme il n'a publié aucune observation, on ne peut affirmer qu'il ait mis sa méthode en pratique. Pendant le reste du dix-septième et le dix-huitième siècle quelques essais furent faits sans grands résultats, et J.-L. Petit lui-même (2) se bornait à un traitement palliatif, notamment à l'application d'un urinal qu'il appela le *trou d'enfer*. Au commencement du dix-neuvième siècle, Desault eut l'idée de mettre une sonde dans la vessie et un tampon dans le vagin pour rapprocher les bords de la fistule et faciliter l'occlusion. Naturellement, ce procédé n'était efficace que dans un très petit nombre de cas.

En 1812, Nægelé employa le premier la suture métallique après avivement avec bistouri et ciseaux ; puis Dupuytren, Delpech et Lallemand préconisèrent l'emploi de la cautérisation, mais sans suture consécutive. Cette méthode n'amena que de maigres résultats : trois cas de succès furent publiés.

On revint alors à l'avivement avec suture à l'aide de fils métalliques ou de lin de différentes couleurs (Colombat). Gerdy apporta une modification à l'avivement : il disséquait les lèvres de l'ouverture de façon à adosser de plus larges surfaces cruentées. Leroy d'Étiolles songea à souder le col utérin à la fistule.

Vidal, en 1832, appliqua pour la première fois la méthode indirecte, c'est-à-dire l'occlusion vaginale. Jobert (3) fit faire alors à la science un grand pas. Inspiré probablement, comme le dit Deroubaix, par une réminiscence des opérations de Leroy d'Etiolles et de Horner, il créa la méthode de *cystoplastie par glissement*, ou méthode française. Elle consiste essentiellement dans l'abaissement de l'utérus à la vulve, pour permettre de désinsérer aisément le vagin de la moitié antérieure du col; dans l'avivement de la fistule, et la suture de

(1) Deroubaix, *loc. cit.*, p. 24.
(2) J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 87, 1790.
(3) Jobert de Lamballe, *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849 et *Traité des fistules*. Paris, 1852.

sa lèvre antérieure ou col bien libéré et maintenu abaissé (cystoplastie faite avec l'utérus); ou de cette même lèvre assez largement libérée, et formant lambeau, au col de l'utérus (cystoplastie par glissement ou autoplastie vésico-vaginale par locomotion).

Quand la lèvre antérieure du col était détruite Jobert suturait à la postérieure. Des incisions libératrices étaient pratiquées, quand il y avait une trop grande tension des tissus.

Tous les procédés étudiés jusqu'ici étaient applicables aux fistules vésico-utéro-vaginales. Mais les vésico-utérines, chose des plus singulières, n'ont pas paru attirer jusqu'à cette époque l'attention. Jobert nous semble être le premier qui s'en soit occupé. Il les divise en *vésico-utérines proprement dites* et *vésico-utérines superficielles*.

Les premières, invisibles, s'ouvrent dans le canal utérin ; les secondes, visibles, débouchent sur la lèvre antérieure du col.

Jobert opérait celles-ci en fendant le col des deux côtés, pour mettre au jour la fistule qui était avivée et suturée. Pour celles-là, quand l'orifice vésical était petit, il avivait et suturait ; mais s'il était grand et si le col était très altéré, dans une première séance il avivait et réunissait la fente de la lèvre antérieure, et dans une seconde il faisait la même opération sur l'orifice resté au devant de la portion oblitérée.

Enfin, dans le cas où la lèvre antérieure du col manquait, Jobert suturait la lèvre correspondante de la fistule à la lèvre postérieure du museau de tanche.

Ajoutons, mais ceci a moins trait aux variétés de fistules dont nous avons à nous occuper, que Jobert avait inventé un autre procédé, l'*élytroplastie par la méthode indienne* (emprunt, à la vulve ou à la fesse, d'un lambeau que l'on suturait sur la fistule).

En 1852 Marion Sims publiait ses travaux sur les fistules uro-génitales et créait la méthode américaine : avivement avec bistouri et ciseaux, suture avec fils d'argent que l'on tord deux à deux. Son élève Bozeman ajoute une plaque de plomb, interposée entre les lèvres de la plaie et les grains de plomb qui fixent les fils.

En 1854, Simon, d'Heidelberg, préconisait la méthode allemande : sutures à deux rangées ayant l'avantage, suivant lui, de remédier à la tension trop considérable des bords de la plaie.

Depuis lors, il a été fait peu de modifications dans ces trois méthodes, parmi lesquelles l'américaine est la plus employée.

Toute intervention chirurgicale réclamant des *données anatomiques* précises, voici celles qui nous intéressent.

Le col utérin est situé au fond du vagin, à 8 ou 10 centimètres de la vulve, d'où la nécessité de l'abaisser pour opérer. Il présente une portion libre ou sous-vaginale et une portion adhérente ou sus-vaginale : la première a 12 millimètres de long et la seconde 18 à 20.

La portion sus-vaginale est en rapport :

1° En avant : avec la face postérieure de la vessie et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, situé à la réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur du col. D'après Deroubaix (1), à l'état de vacuité de la vessie, surtout quand elle est ratatinée comme lors de fistule, le péritoine tapisserait toute la portion sus-vaginale et une certaine partie du vagin lui-même. Un tissu cellulaire lâche unit ces différents organes : c'est sa présence qui a poussé Jobert à préconiser sa méthode de cystoplastie par glissement. On comprend combien les incisions libératrices du col doivent être faites avec précaution, car la couche cellulaire est mince, et le péritoine bien près.

2° Sur les côtés : avec la continuation de ce tissu cellulaire, compris entre les deux feuillets des ligaments larges et renfermant les extrémités inférieures des artères et veines utérines (artères parfois suffisamment volumineuses pour que le doigt en perçoive les pulsations), des lymphatiques et des nerfs.

Les uretères, d'après les recherches de Deroubaix, ont une situation un peu variable suivant l'état de la vessie, et la direction de l'utérus. Comme terme moyen, l'uretère passe à 26 millimètres de la base du col utérin, et à peu près dans le

(1) Deroubaix, *loc. cit.*, p. 225.

même plan transversal ; au niveau du museau de tanche il est à 22 millimètres, et se trouve dans un plan un peu antérieur.

Dans le débridement latéral du col il faut donc éviter de se porter en avant et trop haut.

3° En arrière : avec le péritoine du cul-de-sac recto-vaginal.

Le museau de tanche présente un orifice et deux lèvres d'une épaisseur variable, mais en moyenne de 1 centimètre chacune : elles sont fermes et formées d'une muqueuse à épithélium pavimenteux extérieurement, et dans le tiers inférieur intérieurement, d'une masse de fibres musculaires lisses annulaires. Peu vasculaire dans sa portion libre, le col le devient beaucoup plus supérieurement et latéralement, zone, du reste, que le bistouri a rarement besoin d'atteindre dans l'opération de la fistule vésico-utérine.

Ces préliminaires terminés, entrons dans le sujet par l'histoire de quelques-unes de nos malades.

Observation XCVI *bis*. — *Fistule vésico-utérine. Opération. Guérison.* — Rous (Victorine), trente-six ans, est admise le 15 avril 1884, salle Denonvilliers, n° 53. Femme robuste, bien réglée ; a eu cinq enfants, est accouchée chaque fois à l'aide du forceps. Le premier accouchement remonte à 1870, et le dernier au mois de février 1883. Suites de couches d'ailleurs heureuses après les quatre premiers. Le dernier accouchement dura deux jours : enfant mort, délivrance imparfaite ; péritonite puerpérale consécutive ; séjour au lit de deux mois, perte continuelle des urines depuis les couches.

État actuel. — Erythème sur la vulve et la partie supérieure des cuisses, concrétions vulvaires. Le toucher vaginal montre que la cloison recto-vaginale est saine. La cloison vésico-vaginale est couverte de brides cicatricielles, mais non perforée ; le col est irrégulier. A l'examen au spéculum, on constate que la lèvre antérieure du col est bifide, presque totalement détruite et transformée en tissu cicatriciel rosé. Elle porte trois orifices, deux droits et un gauche ; le plus grand admet à peine un stylet de trousse. C'est par ce dernier qu'on voit sortir l'urine. Les trajets se terminent par un infundibulum. L'atrésie du col est telle que le cathéter utérin a peine à le franchir. Les deux stylets introduits, l'un dans la vessie, l'autre dans l'utérus, se rencontrent dans la cavité utérine.

31 *mai* 1884. — Anesthesie à l'aide des mélanges titrés de chloroforme et d'air dosés à 8 p. 100 et 6 p. 100 suivant la méthode de P. Bert. La malade est couchée dans le décubitus latéral gauche

sur le lit d'opérations, construit suivant nos indications, par Dupont et Mariaud. Nous avons soin de fléchir le membre inférieur droit et d'allonger le gauche, le tronc étant dirigé obliquement de droite à gauche vers l'opérateur et de façon à ce que le menton de la patiente touche son genou droit. Nous faisons rétracter fortement les lèvres de la vulve en haut et en bas par un aide ; un second déprime, dans la concavité du sacrum, à l'aide d'un spéculum de Sims, la paroi recto-vaginale. Le col est alors saisi, avec une pince de Museux, et attiré en bas, aussi fortement que possible. Nous le sectionnons des deux côtés afin de bien mettre à nu la fistule que nous voyons déboucher à l'union du corps et du col. Les autres trajets, débridés chemin faisant, n'ont aucune connexion avec la vessie. La fistule a 1 centimètre de diamètre. Une injection d'eau poussée par l'urèthre ressort entièrement par cet orifice : c'est donc bien le vrai. Nous avivons largement les bords de la fistule et nous les réunissons à l'aide de six fils d'argent à anses separées, passés avec le chasse-fil, imaginé par nous, et construit par Mathieu père. Les extrémités des anses serrées à l'aide du tord-fil de Denonvilliers sont réunies ensemble et entourées d'un ruban de diachylon ; elles dépassent un peu la vulve. Pansement habituel : sonde à demeure (en caoutchouc rouge traversant un disque en liège que fixent quatre tubes en caoutchouc à un bandage de corps), glace sur le ventre.

Suites heureuses toutefois les premiers jours ; il sort quelques caillots par la sonde, et lorsque celle-ci se bouche, issue de l'urine par le vagin (?).

13 *juin*. — Ablation des fils, réunion complète ; l'urine ne coule plus. La malade est envoyée quelque temps après au Vésinet. A son retour, un dernier examen dénote encore la présence de deux fils. Ablation, guérison définitive.

Obs. XCVII (CCCLXXXII du tome IV de nos *Cliniques*). — *Fistule vésico-utérine. Opération. Guérison.* — Lamarignie (Adrienne), vingt-deux ans, couturière, entre le 23 janvier 1879, salle Sainte-Marthe, n° 53. En octobre 1875, met au monde, après quatre jours de travail, un enfant mort-né très gros; aussitôt écoulement des urines par le vagin. En septembre 1878 un de nos collègues constate qu'elle portait une fistule vésico-utérine et en tente la réunion sans succès autre que d'amener l'envie d'uriner à certains moments, mais l'urine passe par les voies anormales quand elle la satisfait.

Etat actuel. — Erythème vulvaire ; concrétions vaginales, déchirure incomplète du périnée. Au spéculum : le canal vaginal a conservé son calibre et son intégrité dans toute sa hauteur ; lèvre antérieure du col détruite, disparition du cul-de-sac antérieur. La lèvre postérieure est petite et bifide, l'orifice utérin est déformé : il donne passage à l'urine ; la fistule s'ouvre dans la cavité du col un peu au-

dessus de la perte de substance de la lèvre antérieure. Son pourtour est représenté par une bride cicatricielle circulaire de 1 centimètre de diamètre due peut-être à la première opération. La fistule a également 1 centimètre de diamètre : irrégularité de l'orifice, à travers lequel la muqueuse vésicale vient faire hernie. Le cathéter montre que le trajet se porte en haut et en avant, et que la cavité utérine est normale.

15 *février* 1879. — Chloroformisation : décubitus latéral ; mise à nu du col utérin par une valve de Sims appuyant sur la paroi rectale et une valve de Jobert écartant la paroi vésicale. Avivement difficile à cause de la situation profonde de la lésion, de la résistance de la bride cicatricielle et de l'étroitesse du col. Nous détachons, comme nous avons l'habitude de le faire, la lèvre postérieure du col, seule restante au moyen d'une incision faite sur le col de chaque côté, de façon, en la rendant mobile, à pouvoir l'attirer en arrière et à bien voir les bords de la fistule. Cette incision comprenant toute l'épaisseur du col nous permet en même temps d'en respecter la lumière. L'avivement de la fistule est fait ensuite dans le sens antéro-postérieur suivant le grand axe de l'orifice anormal, largement, tout en ménageant la muqueuse vésicale. Ce temps de l'opération aurait été difficile sans une disposition appropriée du bistouri et des ciseaux courbes, et le secours de nos pinces hémostatiques dont quatre durent être placées sur les surfaces d'avivement. Passage de six anses de fils avec notre chasse-fil. En raison de la profondeur de la fistule nous avons commencé cette suture par le centre, c'est-à-dire par la partie la plus importante, pour être bien sûr que les lèvres soient exactement affrontées à ce niveau. Sonde à demeure et pansement habituel.

17. — Apyrexie : bon état général ; pas d'écoulement d'urine par le vagin. Aucun accident consécutif ; ablation des fils le treizième jour ; dans la journée, la malade croit avoir perdu quelques gouttes d'urine par le vagin ; mais les jours suivants l'accident ne se reproduit pas ; injection de lait dans la vessie ; rien ne passe dans le vagin. Cicatrisation complète ; exeat le 3 mars 1879.

Obs. XCVIII (CCCLXXXI du tome IV de nos *Cliniques*). — *Fistule vésico-utéro-vaginale. Avivement, suture. Guérison.* — Picard (Pauline), trente-quatre ans, ménagère, entre le 25 juillet 1879, salle Sainte-Marthe, n° 36. Bonne santé, bonne constitution. Trois grossesses. Les deux premiers accouchements ont été normaux ; le dernier a eu lieu le 4 janvier 1879 : enfant énorme, reste soixante heures au passage ; extrait mort avec les fers. Aussitôt après l'accouchement, perte totale des urines par le vagin ; a persisté depuis.

État actuel. — Erythème vulvaire, dépôts calcaires sur la muqueuse vulvo-vaginale : au spéculum les parois du vagin sont enflammées ; la muqueuse vésicale fait hernie entre les lèvres de la fistule. Celle-ci oc-

cupe la ligne médiane; son extrémité inférieure est formée par une bride cicatricielle épaisse et la supérieure par le col profondément altéré. Il a basculé d'arrière en avant et de bas en haut, de manière à faire saillie dans la cavité vésicale; lèvre antérieure et cavité du col invisibles; la lèvre postérieure se continue avec la paroi antérieure du vagin. Le col est fixé dans cette situation par une épaisse bride se continuant avec ses bords. Le doigt et le cathéter introduits par cette fistule constatent la disparition de la lèvre antérieure du col et d'une partie du corps; tout au plus si la partie supérieure de la cavité utérine existe encore.

26 *juillet* 1879. — Chloroformisation : décubitus latéral; la valve de Jobert maintient la cloison vésico-vaginale, et le spéculum de Sims la recto-vaginale. Avivement avec bistouris et ciseaux portant surtout sur la bride dont nous faisons, de la sorte, disparaître la résistance. En arrière l'avivement porte sur la lèvre postérieure du col, préalablement détachée de l'antérieure par une incision transversale. Cette incision est faite profondément, de telle sorte que pour affronter la lèvre antérieure, avivée, avec la lèvre postérieure du col ainsi divisée, il est nécessaire de reporter dans la cavité vésicale la moitié antérieure du col, c'est-à-dire celle qui contenait les vestiges du canal cervico-utérin, et de suturer la lèvre antérieure, et les bords latéraux avivés, avec la partie saignante de la moitié postérieure du col convenablement disposée par l'adhésion. L'avivement et l'affrontement ainsi disposés, treize points de suture métallique très rapprochés sont appliqués. Pansement habituel.

27. — Apyrexie : issue de quelques gouttes d'urine par le vagin, malgré la sonde à demeure.

3 *août*. — État général et local excellents : les urines ne passent plus par le vagin depuis le 30 juillet.

11. — Ablation des fils : réunion complète.

15. — Miction volontaire. Guérison. Sortie. Nous avons appris qu'elle avait ses règles par le méat urinaire.

Obs. XCIX. — *Cloaque vésico-utéro-recto-vaginal consécutif à un accouchement. Opération. Amélioration.* — Job (Jeanne), vingt-huit ans, entre le 15 octobre 1883, salle Denonvilliers, n° 38. Bonne santé habituelle : femme robuste. Accouchement en février dernier, au bout de trente-six heures, et par le forceps. Immédiatement après, écoulement des urines et des matières fécales par la vulve.

État lors de son entrée : de la cloison recto-vaginale il ne reste plus qu'une bride transversale, près de l'anus. Urèthre indemne, disparition totale de la paroi vésico-vaginale, et hernie de la vessie. Le col utérin est réduit à un moignon informe. État général passable.

17 *novembre*. — Section de la bride pré-anale.

18. — Chloroformisation : impossibilité de décoller ce qui reste de

l'utérus et de l'abaisser pour le mettre au devant de l'énorme perte de substance, par suite de la dureté des tissus cicatriciels. Décollement de la partie altérée du rectum, qui est abaissée et un peu tournée sur lui-même ; oblitération de la fistule vésicale dont la hernie est maintenue réduite à l'aide d'une éponge montée ; suture; occlusion parfaite. Sonde à demeure.

19. — Hier il ne s'était pas écoulé d'urine par le vagin, mais elle a repris son cours aujourd'hui.

21. — Suppuration abondante.

2 *décembre.* — Ablation des fils.

La malade est partie dans le courant de février avec une fistule urinaire de la largeur d'une pièce de vingt francs; un appareil reçoit les urines.

La rétraction n'était pas suffisante pour tenter une seconde opération, jusqu'à nouvel ordre.

Obs. C. — *Deux fistules, l'une vésico-vaginale, l'autre utéro-vaginale, chez la même malade. Opération de Bozeman. Guérison* (Foucher, *Moniteur des sciences*, 1861, obs. résumée). — Marie Fras, trente-quatre ans, journalière, entre à Necker le 2 juillet 1860, salle Sainte-Marie, n° 23. Accouchement au forceps en novembre 1855 : hémorrhagie consécutive, et les jours suivants perte de l'urine par le vagin, qui persista depuis. L'année suivante grossesse, et, à sa suite, opération sans résultat du reste. Trois semaines avant son entrée, troisième accouchement.

Etat actuel. — Bon état général, constitution vigoureuse : écoulement d'urine constant, debout ; intermittent, couchée. Au spéculum : vagin spacieux, grande laxité de ses parois ; fistule de un centimètre et demi de long, et de 5 à 6 centimètres de large, située dans le tiers postérieur. Col utérin entr'ouvert, lèvres tuméfiées, irrégulières ; au devant de la lèvre inférieure, quelques saillies indurées, assez volumineuses.

25 *juillet.* — Opération : un examen plus attentif démontre l'issue de l'urine entre les deux gros bourgeons de la lèvre antérieure du col, et le cathétérisme décèle une fistule de 2 centimètres de long sur 1 de large, creusée en grande partie dans le col, séparée de la précédente par 3 centimètres de paroi vésico-vaginale.

Avivement avec l'instrument tranchant de la première fistule dans la position génu-pectorale et dans le décubitus latéral pour la seconde ; celui-ci vertical, celui-là horizontal. Suture avec plaque de plomb, d'abord de la supérieure et ensuite de l'inférieure, sonde à demeure.

4 *août.* — Suites heureuses ; ablation des fils : les inférieurs ont coupé les tissus, néanmoins réunion complète partout.

14. — Après une marche, un peu trop prolongée peut-être, dans la salle, réouverture de la fistule antérieure.

8 *septembre*. — Nouvelle opération.

18. — Ablation des fils qui ont encore coupé les tissus. Cependant réunion parfaite. Cinq mois après, la guérison s'était maintenue.

Obs. CI. — *Fistule vésico-utéro-vaginale. Opération suivant la méthode de Bozemann. Guérison par Hergott* (de Nancy) in *An. gynéc.*, t. II, 1884, p. 182 (Résumée). — Femme de vingt-quatre ans, à son troisième accouchement, et chez laquelle l'enfant resta quatorze heures au passage et fut extrait avec le forceps; écoulement de l'urine au septième jour.

Examen au bout de cinq mois : col divisé en quatre lobes par quatre échancrures : en avant, un orifice contigu à la lèvre antérieure du col et d'où partent trois fissures. Opération : avivement portant en arrière sur le col, et passage de huit fils métalliques ; sept jours après on les enlevait. Guérison complète.

Obs. CII. — *Fistule vésico-vaginale double; probablement vésico-vaginale au début. Opération. Guérison par Hergott* (*An. gynéc.*, t. II, 1884, p. 186 (Résumée). — Femme de trente-huit ans, neuf grossesses; après la huitième, dit avoir perdu ses urines dès le cinquième jour; incontinence de sept semaines; guérison spontanée. Forceps, après trente-six heures de travail, à la neuvième grossesse; incontinence des urines le jour même, persistante depuis.

Examen au bout de six mois : col divisé en quatre lobes par des échancrures profondes; lèvre antérieure en partie détruite. Dans le pli vaginal qui semble être le prolongement de l'échancrure antérieure droite, un orifice fistuleux d'un diamètre de 6 millimètres, à 1 centimètre du rudiment de la lèvre antérieure du col. Plus en avant, à 4 ou 5 millimètres, dans le même pli vaginal, un autre orifice de même dimension.

Opération : avivement ovalaire à grand diamètre oblique d'arrière en avant et de gauche à droite, de 35 millimètres sur 25 millimètres; six fils métalliques sont passés. Au septième jour ablation des fils; persistance d'un peu d'incontinence qui disparaît au bout de dix jours.

Obs. CIII. — *Déchirure d'un large lambeau du col de l'utérus par l'accouchement chez une femme rétrécie: fistule vésico-vaginale vingt-trois jours plus tard, guérison par la cautérisation* (Polaillon, *Bull. Soc. chir.*, séance du 12 avril 1876) (Résumée). — Primipare de trente-six ans, rachitique; enfant à terme; avant toute intervention on constata une large déchirure de la lèvre antérieure du col; le lambeau se détacha lors de l'extraction du fœtus avec le forceps. Suites de couches normales. Treize jours après, à sa sortie, l'examen montra qu'à la place de la lèvre antérieure, existait une petite plaie bourgeonnante, empiétant un peu sur le vagin. Pas d'incontinence d'urine.

Au vingt-troisième jour après l'accouchement, la femme, qui avait,

depuis sa sortie, repris ses occupations, se sentit mouillée et l'on constata l'existence d'une fistule vésico-utérine.

A six reprises la cautérisation au fer rouge fut pratiquée, et, dans l'intervalle, celle au nitrate d'argent : guérison complète au bout de trois mois.

Bornons-nous là : ces huit observations suffisent pour faire l'histoire des fistules vésico-utérines.

L'*étiologie* de cette affection a été discutée, les uns n'admettant que la gangrène, les autres voulant n'y voir que le résultat d'une déchirure. A vrai dire les uns et les autres ont raison, et les fistules vésico-utérines sont produites par l'un ou l'autre mécanisme suivant le cas, parfois même par les deux, les tissus déchirés, amincis, se prêtant plus aisément à la mortification. Jobert admet les deux théories : lors de sphacèle il prétend, et avec raison, que le col se trouve comprimé par l'occipital sur le bord supérieur de la symphyse pubienne. D'autres auteurs, tels que Stolz, admettent que la compression peut avoir lieu sur la face postérieure de la symphyse. Inutile d'ajouter que la lenteur du travail, après engagement de la tête, la réplétion de la vessie, le volume exagéré de la tête fœtale et par dessus tout les rétrécissements antéro-postérieurs, sont de puissantes causes adjuvantes. Quant à l'action du forceps, elle est au moins discutable, car sur 161 cas de délivrance instrumentale cités par Emmet dans les *Archiv für Gynecologie*, t. II, 1878, p. 377, il ne s'est pas produit une fistule. Nous réservons notre opinion sur ce sujet, comme nous le verrons dans un instant.

La pathogénie en cas de gangrène est toute simple : du troisième jour (cas de Stolz, dans son Mémoire sur les fistules vésico-utérines et vésico-abdominales) au septième jour, l'eschare se détache et la fistule est constituée.

Le mécanisme par *déchirure* ne saurait, suivant nous, être mis en doute : les observations CII et CIII entre autres en témoignent suffisamment, la CII[e] par les quatre incisures que présente le col, la CIII[e] par l'arrachement simultané et du fœtus et de la lèvre antérieure du col. Que se passe-t-il alors? Le col, peut-être trop rigide, car cette lésion semble plus fré-

quente chez les femmes d'un certain âge (nos malades avaient de vingt-huit à trente-six ans; une seule avait vingt-quatre ans), dilaté à l'excès par la tête, qui s'en coiffe, éclate en quelque sorte, aux quatre points cardinaux. La déchirure s'étend plus ou moins loin : à un premier degré elle s'arrête aux lèvres du col et alors c'est un accident négligeable; à un deuxième, la solution de continuité se propage au segment de la vessie en contact avec l'utérus; enfin à un troisième degré la fente se prolonge jusque sur le vagin, intéressant en même temps le bas-fond vésical : là on a la fistule vésico-utérine, et ici, la vésico-utéro-vaginale avec toutes ses variétés. Dans les cas extrêmes l'éclatement peut se propager en arrière et créer simultanément fistule urinaire et fistule rectale, et même atteindre les culs-de-sac péritonéaux antérieur (Jobert) et postérieur : une péritonite peut s'ensuivre. Qu'on nous permette un dernier exemple en faveur du mécanisme de la déchirure. Duplay, dans la séance de la Société de chirurgie du 4 février 1880, cite « l'observation d'une malade présentant, dans l'angle rentrant formé par la paroi vésico-vaginale gauche et la paroi latérale du vagin, à un demi-centimètre du col utérin, une petite ouverture par laquelle le stylet semble pénétrer dans la vessie. Mort à la suite de l'opération. Autopsie : au point correspondant du col, cicatrice indiquant une déchirure de cet organe : la fistule communiquait non avec la vessie, mais avec l'extrémité vésicale de l'uretère. »

On ne peut évidemment invoquer ici la gangrène par compression sur les parois latérales : le mécanisme par déchirure est manifeste ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour les fistules antérieures, c'est-à-dire vésico-utérines.

Autre argument : parmi nos huit observations, il y a deux cas de fistules doubles ; or comment admettre deux points de sphacèles distincts, très limités, et en même temps très voisins l'un de l'autre ? Au contraire la déchirure est en somme une solution de continuité linéaire après la disparition de la cause dilacérante; rien de plus naturel à ce qu'elle se réunisse partiellement. C'est le mode de guérison spontanée de certaines fistules (obs. CII).

Dans des cas plus rares (obs. CIII) la lèvre antérieure du col est déchirée à sa base, transversalement, et la fissure, là encore, peut se propager à la vessie (fistules *par arrachement* de Deroubaix).

Ainsi donc, déchirure du col et extension, dans une étendue variable, de la fissure, à la vessie et au vagin, tel est le mécanisme. Par conséquent, tout agent de lacération est une cause de fistule vésico-utérine, le forceps en premier lieu, comme le prouvent les observations ci-jointes, surtout quand il est aidé par des cicatrices anciennes du col, une adhérence anormale de la vessie à l'utérus, etc.

A côté de ces deux modes pathogéniques habituels des fistules vésico-utérines, il y a peut-être lieu, avec Deroubaix, d'en admettre un troisième : l'agent serait ici un petit abcès développé dans la cloison vésico-utérine et s'ouvrant simultanément dans les deux cavités. La sinuosité extrême de certains trajets paraît militer en faveur de cette théorie.

Citons enfin la perforation par le crochet utilisé parfois lors de dystocie.

L'étude de la *constitution anatomique* des fistules vésico-utérines est utile à bien connaître, au point de vue opératoire. Elles présentent un orifice inférieur ou génital, un trajet et un orifice supérieur ou urinaire.

L'*orifice génital* peut être situé en trois points différents : 1° dans le canal utérin et, alors, il est invisible à l'examen au spéculum ordinaire (fistule cervico-utérine proprement dite de Jobert) ; 2° orifice sur la lèvre antérieure qu'il échancre profondément sans empiéter sur le vagin (fistule cervico-utérine profonde de Jobert) ; 3° orifice échancrant à peine la lèvre antérieure, mais situé sur la partie correspondante du vagin (fistule cervico-utérine superficielle de Jobert, fistule vésico-vagino-utérine des auteurs).

Ces trois variétés sont habituellement médianes, exceptionnellement latérales (deux cas sur dix dans la statistique de Deroubaix).

Quel que soit du reste son siège, l'orifice fistuleux, unique ou double, chose très rare du reste, se présente sous la forme

d'un bourgeon rosé, régulier, avec un pertuis d'où coule l'urine; d'autres fois c'est un amas de bourgeons irréguliers, déchiquetés. Lors d'orifices doubles, ceux-ci sont à quelques millimètres l'un de l'autre. Petit (diamètre d'une sonde de femme, en moyenne) et circulaire dans les vésico-utérines, l'orifice est habituellement elliptique et plus large (jusqu'à 3 ou 4 centimètres, et même plus) dans les vésico-utéro-vaginales. Parfois il se cache au fond d'un pli vaginal.

Le col, indemne en apparence dans les vésico-cervico-utérines, a sa muquense interne vascularisée, indurée, épaissie; et dans les autres (surtout les cervico-utérines profondes), des incisures, ordinairement quatre, comme en font foi deux observations, divisent son bord libre. Il peut avoir perdu sa lèvre antérieure, être réduit à un moignon informe, dissimulé à la partie supérieure d'un entonnoir où il est fort difficile de l'apercevoir.

Comme dans les fistules vésico-vaginales, la muqueuse vésicale peut faire hernie par l'orifice fistuleux, et le vagin être bridé, rétréci, incrusté de sels calcaires, etc., toutes altérations qui ne sont pas spéciales du reste à la variété qui nous occupe.

Le *trajet*, nul dans les vésico-vaginales, peut acquérir ici 10 à 15 millimètres; rarement direct, il est habituellement oblique et parfois sinueux. Dans les cas anciens, il est, comme dans toutes les fistules, tapissé par une sorte de membrane cutanisée. Lors de fistule cervico-utérine superficielle, il se peut que le conduit soit réduit à une gouttière végétante très appréciable à la vue, occupant la face antérieure de la lèvre.

L'*orifice vésical* siège ordinairement à la partie postérieure du trigone; il est arrondi, taillé en biseau, ou infundibuliforme, parfois valvulaire. La vessie est plus ou moins rétrécie et quelquefois atteinte d'inflammation. Enfin signalons les lésions rénales consécutives, rares heureusement et communes à toutes les fistules uro-génitales (pyélonéphrite ascendante).

Telles sont les lésions de la période d'état, période à laquelle les fistules arrivent après avoir subi diverses modifica-

tions pouvant se résumer en un seul mot : rétraction inodulaire. Celle-ci amène, par rétraction cicatricielle concentrique (Verneuil), l'atrésie lente de la fistule pouvant aller jusqu'à l'occlusion spontanée (guérison naturelle, obs. CII), la diminution de longueur du trajet, d'où l'ascension de l'orifice génital et, dans certains cas, formation d'un infundibulum, circonstance souvent fâcheuse ; enfin, parfois, l'irrégularité des trajets.

Nous venons de passer en revue tous les caractères locaux des fistules vésico-utérines, il ne nous reste plus, pour compléter les *symptômes*, qu'à mentionner les troubles fonctionnels.

L'apparition de l'incontinence peut se faire immédiatement après la délivrance (fistules par déchirure ou du troisième au quatrième jour (fistules par gangrène) ; plus rarement les autres jours jusqu'au quinzième. Dans l'observation de Polaillon elle survint le vingt et unième jour. Plus souvent peut-être que pour les vésico-vaginales l'incontinence est incomplète, non permanente, surtout dans certaines positions, par exemple la position debout ou assise.

L'incontinence peut disparaître d'elle-même ; ordinairement elle reste stationnaire, entraînant avec elle toute une série d'inconvénients : érythème de la vulve et des cuisses, excoriations, etc. ; mais ceci rentre dans les symptômes des fistules en général, tout aussi bien que le retentissement sur l'économie, se traduisant par un amaigrissement plus ou moins prononcé, une espèce de cachexie avec ou sans troubles digestifs.

Le *diagnostic* des fistules vésico-utérines en tant que fistule est généralement aisé; un simple examen au spéculum permet de voir un ou plusieurs orifices laissant couler du liquide urinaire et présentant les caractères décrits aux lésions anatomiques. Un stylet ou une sonde introduite dans la vessie sort par cet orifice, ou bien deux stylets introduits chacun par un orifice différent se rencontrent dans le trajet fistuleux. Enfin une injection colorée poussée dans la vessie ressort par l'orifice utérin.

A côté de ces cas simples, il en est de plus difficiles : l'orifice peut être dissimulé dans les plis du cul-de-sac antérieur du vagin, ou les rudiments de la lèvre du col; il faut alors faire varier la position de la femme, la situation génu-pectorale est souvent excellente ; avec un spéculum de Bozemann ou de Sims on déplisse un à un d'arrière en avant tous les plis qui se présentent, et au fond de l'un d'eux on aperçoit la fistule.

Il est des malades qui perdent leurs urines, et cependant au toucher et au spéculum on ne voit aucun orifice; c'est par le canal cervical que coule l'urine ou les liquides injectés dans la vessie. Il faut alors introduire dans l'utérus un cathéter, puis un stylet dans la vessie; on le conduit sur le bas-fond vésical, où il trouve un orifice qui le fait pénétrer dans la cavité cervicale, là il rencontre le cathéter : il s'agit alors d'une fistule vésico-utérine proprement dite.

En somme on ne saurait confondre la variété de fistules qui nous occupe qu'avec les vésico-vaginales, les uretéro-vaginales et les uretéro-utérines.

Une simple détermination du siège exact de l'orifice, et l'état du col, permettent d'établir si oui ou non on a affaire à la première catégorie.

La seconde, les uretéro-vaginales, présente les attributs suivants, rappelés par Duplay dans la séance du 4 février 1880, de la Société de chirurgie : 1° un stylet introduit dans l'orifice fistuleux ne pénètre pas dans la vessie, mais est conduit forcément de côté et en arrière, non pas dans une cavité où l'on peut le mouvoir dans tous les sens, mais dans un tube qui le maintient en position fixe; 2° l'injection vésicale, forcée, colorée ou non, ne reflue pas par la fistule; 3° enfin en même temps qu'il se produit un écoulement continu ou intermittent d'urine par la fistule dans le vagin, la malade conserve le besoin, en même temps que la faculté de rendre de l'urine par le méat. Mais c'est un caractère d'une valeur secondaire par rapport aux autres, qui d'ailleurs peuvent tromper, comme l'indique une observation communiquée par Duplay à cette même séance; il avait cru à une fistule vésico-utérine dont

elle avait tous les symptômes : avivement au thermo-cautère ; trois points de suture ; mort par péritonite au bout de neuf jours. Autopsie : la fistule conduisait dans une petite cavité anfractueuse, capable de recevoir l'extrémité de l'auriculaire, et correspondant à une solution de continuité presque complète de l'uretère gauche. Il était du reste impossible ici d'éviter l'erreur.

Ajoutons que les fistules vésico-utérines sont presque toujours médianes, tandis que les uretéro-vaginales sont latérales.

Reste la catégorie des uretéro-utérines. Naturellement ce n'est qu'avec les vésico-utérines proprement dites qu'on peut les confondre. Il faut, au préalable, dilater le col avec l'éponge préparée ou en examiner l'intérieur avec un spéculum effilé, comme recommande de le faire Crédé, de Dresde, dans les *An. de Gynécologie*, t. I, p. 872, 1882 ; on constate alors les signes différentiels mentionnés plus haut.

Quant au diagnostic du nombre, de la direction, de l'étendue des trajets, spéculum et sondes suffisent pour l'établir.

La diagnose faite, il faut porter un *pronostic*. Or ici, comme en beaucoup d'affections, il faut examiner les faits par catégories.

Dans une première classe se rangent les fistules récentes de très minimes dimensions, survenues immédiatement après l'accouchement (donc, par déchirure) ; toutes conditions qui peuvent permettre d'espérer, exceptionnellement il est vrai (car pour notre compte nous n'en avons jamais vu), une guérison spontanée, qui du reste pourra se faire attendre plusieurs semaines (sept, dans l'observation CII). D'ailleurs, à défaut de l'occlusion naturelle, des méthodes simples, comme la cautérisation, seraient capables, au dire de certains (car cette fois encore notre expérience plaide contre), d'en venir à bout ; enfin la méthode sanglante est plus efficace que lors de larges pertes de substance.

Dans une seconde catégorie se rangent les cas communs. Il faut alors tenir compte :

1° De l'étendue ;

2° Du siège. En effet, à dimensions égales, il nous semble qu'il faut échelonner les fistules, par degré de gravité, d'après l'ordre suivant : fistules cervico-utérines profondes, fistules cervico-utérines superficielles, fistules cervico-utérines proprement dites. Ces dernières nécessitent un manuel opératoire plus compliqué.

Ajoutons que les médianes sont moins graves que les latérales, la blessure de l'uretère ou son occlusion pouvant compromettre le succès thérapeutique et même opératoire.

3° De l'unité ou de la dualité de la fistule ;

4° De l'état du vagin : l'atrésie étant un obstacle sérieux à l'intervention chirurgicale ;

5° De la disposition infundibuliforme, accompagnée presque toujours de disparition totale ou partielle du museau de tanche.

Dans une troisième et dernière catégorie nous rangeons les fistules avec vastes délabrements ; notre observation XCIX est un de ces exemples. Dans ces cas la gravité est considérable ; la mort est possible à courte échéance par péritonite à la suite de la déchirure du cul-de-sac péritonéal, ou à longue échéance (cas de Stolz rapporté par Jobert). La malade échappée à la mort reste une infirme, car les méthodes autoplastiques échouent presque toujours. Comparées aux fistules vésico-vaginales, les utérines sont, toutes choses égales d'ailleurs, d'un pronostic plus bénin, les échecs opératoires étant beaucoup moins fréquents ; nous ne nous rappelons pas en effet avoir opéré deux fois la même malade.

Une question intéressante est leur influence sur la fécondation, la grossesse et l'accouchement. Évidemment elles doivent s'opposer dans de certaines limites à la progression des spermatozoïdes par l'écoulement d'urine ; mais l'obstacle n'est pas infranchissable (obs. C, deux grossesses consécutives évoluant normalement). Bien plus, Tyler Smith, dans le *British medical Journal*, n° du 28 mars 1863, cite le cas d'une grossesse survenue après occlusion vaginale pour fistule vésico-utérine, les spermatozoïdes ayant passé évidemment par le trajet d'un des fils à suture. Assez souvent l'avortement a

lieu, mais nos observations montrent la possibilité de la grossesse à terme. Quant à l'accouchement, il ne paraît pas modifié dans ses phases, et il n'a que rarement, de son côté, amené la reproduction de la fistule guérie une première fois.

Un élément très important de prognose *post-opératoire* est tiré de l'état des reins. Verneuil, dans un mémoire publié en 1877 dans le tome I des *An. de gynéc.* sur la léthalité après les opérations des fistules uro-génitales, cite plusieurs observations qui montrent que toute opération peut être suivie des accidents les plus graves et même de la mort s'il y a une altération rénale consécutive à la fistule, chose assez fréquente dans les fistules anciennes (pyélo-néphrite ascendante, hydronéphrose par atrésie de l'uretère) ou préexistantes. L'examen des urines est donc indiqué, car dans la pratique il faut savoir prévoir. Enfin il est utile de rappeler que toutes les opérations sur le col utérin, ordinairement bénignes, peuvent déterminer de violents accidents inflammatoires (péritonite) ou des embolies pulmonaires (phlébite utérine avec prolongation du caillot dans les crurales). Verneuil, dans son mémoire, en rapporte un cas dont voici le résumé :

Obs. CIV. — Femme de trente-neuf ans, d'une excellente constitution, atteinte d'une fistule vésico-utérine. Une série de cautérisations au galvano-cautère la rétrécissent et permettent la suture sur la lèvre postérieure du col. Échec peut-être par rétention du sang menstruel apparu prématurément. Quarante jours plus tard, nouvelle suture : suites heureuses, mais au bout de huit jours apparition des symptômes de l'embolie pulmonaire ; et, dix jours après, phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Cependant guérison complète au bout d'un mois.

D'autres fois c'est l'oblitération involontaire du col qui a déterminé une rétention cataméniale avec péritonite et mort (Obs. I du mémoire de Verneuil).

Sans aller jusqu'à la mort, les accidents dus à la rétention cataméniale, sinon à la première menstruation, du moins aux suivantes, peuvent contraindre à ouvrir une voie au sang menstruel, c'est-à-dire à défaire ce qu'on avait fait pour recom-

mencer sur de nouveaux frais. Enfin cette occlusion utérine amène forcément la stérilité.

Toutes ces complications possibles devront être présentes à l'esprit du médecin, qui souvent peut au moins les prévoir, s'il n'est pas en son pouvoir de les empêcher.

Arrivons au chapitre si important de la *thérapeutique* des fistules vésico-utérines. L'historique que nous en avons fait montre par quelles vicissitudes elle a passé; maintenant les données sont précises et les opérations à peu près toujours réglées d'avance.

Le *traitement préventif* doit tout d'abord préoccuper le chirurgien, et je dirai aussi l'accoucheur : l'accoucheur qui ne doit pas laisser séjourner trop longtemps la tête dans l'excavation, si, bien entendu, la dilatation du col est suffisante : le chirurgien qui, appelé (malheureusement il l'est rarement d'assez bonne heure, car on cherche toujours à dissimuler la chose) pour un écoulement d'urine par le vagin survenu soit immédiatement, soit quelques jours après l'accouchement), doit dans le premier cas (déchirure) mettre quelques points de suture, et dans le second (gangrène) agir de même dès que, l'eschare étant éliminée, la plaie sera nette et rose. Dans l'un et l'autre cas les instruments unissants que l'on a vantés (serre-fines spéciales de Debout, pince vaginale de Desgranges, griffes en maillechort d'Amabile, de Naples, etc.) ne nous paraissent avoir qu'une action illusoire. C'est donc une suture qu'il faut employer. Mais ici, comme pour le pronostic, il nous faut procéder par catégories, suivant que la fistule est simple ou compliquée d'atrésie vaginale, d'occlusion utérine, de perforation du rectum. Même quand elle est simple, le procédé diffère suivant la variété topographique : superficielle, profonde, utérine proprement dite.

Première catégorie : *Fistules simples.* — 1° Prenons le cas où la fistule s'ouvre à l'union du vagin et du col utérin échancré très légèrement seulement. Quel que soit le procédé dont on use, il y a une série de précautions et une disposition du champ opératoire qui sont toujours les mêmes, aussi allons-nous les exposer. Pour plus amples

détails nous renvoyons le lecteur au tome II du *Diagnostic des Tumeurs de l'abdomen*, p. 983.

La position de la femme, la plus favorable, est le décubitus latéral gauche, la cuisse correspondante étendue et solidement maintenue par un aide, la droite fortement fléchie et dans un certain degré d'abduction. Dans le premier temps de l'opération, le chirurgien introduit le spéculum de Sims dans le vagin et le confie à un aide qui abaisse fortement, mais sans violence, la paroi postérieure (Voy. fig. 214, p. 979 du *Diagnostic des Tumeurs de l'abdomen*). Puis à l'aide d'une valve de Jobert ou de nos pinces hémostatiques on redresse la partie antérieure et supérieure du vagin. On peut même abaisser l'utérus, soit à l'aide d'un fil traversant le col ou d'érignes implantées sur cet organe ou d'une pince de Museux, et avoir ainsi, à la vulve, presque sous les yeux, la région à aviver. L'avivement se fait au bistouri, ou aux ciseaux, et, grâce à cette façon de tenir l'utérus, on présente toujours à l'instrument tranchant la surface à ébarber.

L'hémostase est une chose importante, car si le sang baignait le champ opératoire, des îlots pourraient échapper à l'avivement. Celui-ci doit être transversal, autant que possible : les plaies de cette direction ayant plus de tendance à la réunion. De plus, il doit porter surtout sur le vagin, le tissu utérin étant très peu apte à la réunion (le col utérin est du reste à peine intéressé dans la variété qui nous occupe).

Le second temps consiste dans l'affrontement des parties. Le meilleur des instruments pour passer les fils est le chasse-fil que nous avons fait construire par Mathieu père. Nous donnons la préférence au fil d'argent. Chaque anse de fil, bien isolée à l'aide d'un crochet mousse, est tordue, opération rendue facile par le tord-fil de Denonvilliers (instrument à long manche et percé de deux yeux, dans lesquels passent les deux chefs; quelques mouvements de rotation suffisent pour fixer l'anse). Les fils coupés au ras de la vulve sont entourés d'un morceau de diachylon afin de préserver les parties génitales de leur contact.

Une sonde en caoutchouc rouge, n° 16, est fixée à de-

meure par le procédé suivant représenté p. 991 du t. II du *Diagnostic des Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, et que nous reproduisons ici :

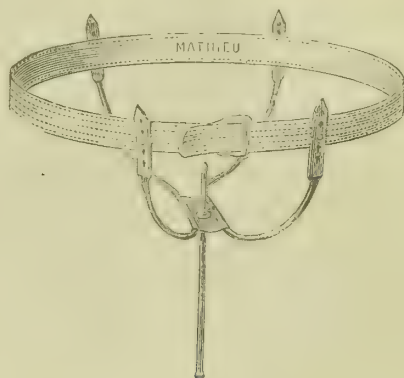


Fig. 2. — Sonde en caoutchouc, à demeure, pour la femme. — Appareil de notre modèle pour la fixer. On voit que la sonde est immobilisée au moyen d'une plaque de caoutchouc et de quatre tubes de caoutchouc, qui vont s'attacher à une ceinture.

On voit par cette figure combien cet appareil est simple et léger Les urines sont conduites, par l'extrémité libre de la sonde, dans un urinal à long col placé entre les jambes de la malade, sur un plan inférieur à celui du bassin. Les cuisses fléchies sur les jambes et rapprochées l'une de l'autre sont maintenues élevées au moyen d'un coussin. Enfin, l'opérée est mise à une diète modérément sévère. Il est bon de retarder le moment de la première selle qui pourrait déterminer des tiraillements fâcheux : 10 centigrammes d'opium sont prescrits à cet effet. Il convient aussi de laver la vessie avec l'eau boriquée, au vingt-cinquième, une fois par jour et le vagin avec une solution légèrement phéniquée trois fois par jour. Ajoutons qu'une vessie en caoutchouc, pleine de glace, est appliquée sur le ventre. Du dizième au douzième jour les fils sont retirés, on les enlève avant ce temps si l'on aperçoit une suppuration anormale autour d'eux.

Telle est notre façon de procéder. C'est en somme la méthode la plus usitée avec quelques variantes. C'est ainsi que Verneuil fixe les points de suture à l'aide de tubes de Galli,

interposant entre eux et les parties molles un petit bouton de chemise percé de deux trous pour les fils : ce qui, d'après lui, faciliterait beaucoup la section d'un des chefs de l'anse lors de l'ablation. Je crois inutile de vous parler de la méthode de Jobert qui, dans cette variété de fistule, pratiquait la désinsertion du vagin sur la moitié antérieure du col utérin, avivait la fistule, et ébarbait par là même la face antérieure du museau de tanche : il suturait alors sur cette partie cruentée la lèvre « vaginale » de la fistule, de telle sorte que la lèvre antérieure du col formait une sorte d'opercule.

2° Fistule s'ouvrant sur le col qu'elle échancre profondément (fistule vésico-utérine profonde de Jobert). On peut se borner à un avivement dans le sens vertical, en plein tissu utérin, avec suture dans la même direction, mais c'est une méthode qui n'est pas très sûre, car le tissu utérin n'a que peu de tendance à la réunion : mieux vaut recourir à un autre procédé. Celui-ci par exemple : on détache avec le bistouri le vagin de son insertion à la lèvre antérieure, puis on décolle le bas-fond vésical. On a alors d'une part l'utérus, et d'autre part le vagin et la vessie. La portion de la fistule cheminant dans la paroi, ou plutôt le prolongement de la paroi vésico-vaginale est avivé comme dans le cas de fistule vésico-vaginale vulgaire, et ensuite suturée, sans s'occuper du col utérin. Par excès de précaution on peut fixer, plus bas, le col de la matrice, par quelques points de suture.

La méthode de glissement est également bonne, mais elle convient surtout dans la troisième et dernière variété.

3° Fistule s'ouvrant dans la cavité du col (fistule vésico-utérine proprement dite). Nous avons souvent employé la méthode de cystoplastie par glissement (méthode de Jobert, ou méthode française). Les trois figures ci-jointes montrent les différents temps de l'opération : deux coups de ciseaux fendent, à droite et à gauche, le col, dont il est aisé de relever la lèvre antérieure, ce qui permet de bien voir la fistule (Voy. fig. 3).

Dans un second temps les insertions du vagin sur la moitié antérieure du col sont détachées et la lèvre antérieure

mobilisée par section du tissu cellulaire que nous avons signalé entre la vessie et l'utérus (Voy. fig. 4).

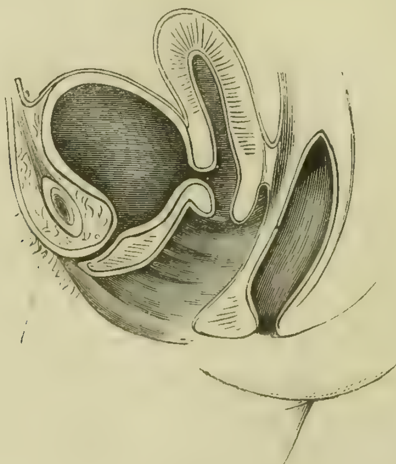


Fig. 3.

Il est maintenant facile d'abaisser le globe utérin de telle sorte que les deux segments de la fistule ne se correspon-

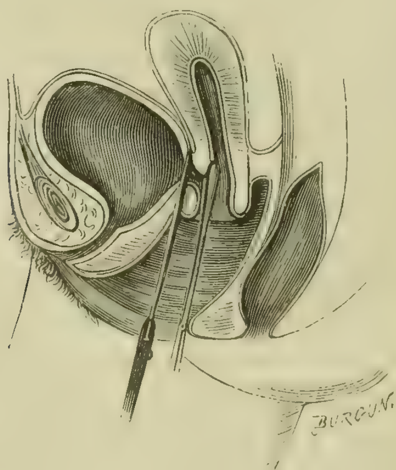


Fig. 4.

dent plus : des points de suture fixent le col dans cette nouvelle situation (Voy. fig. 5).

Jobert a donc bien raison de dire : « Dans les fistules vésico-vaginales, c'est le vagin et la vessie qui servent à réparer les désordres : dans la vésico-utérine, c'est à l'utérus qu'il faut emprunter la pièce réparatrice. »

Toutefois Jobert n'employait pas toujours, ici, la méthode du glissement. Il procédait alors en deux temps : dans un premier, incision bilatérale du col et écartement des deux lèvres jusqu'à ce que le col fût suffisamment béant pour faire voir la fistule; dans un deuxième, avivement de la fistule, la

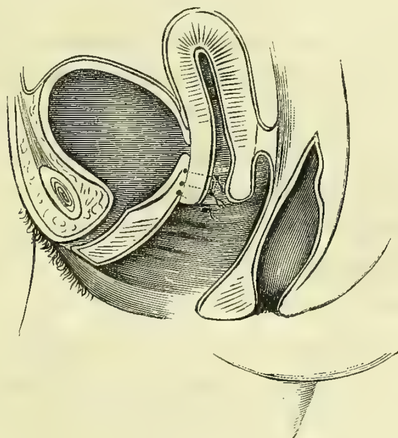


Fig. 5.

lèvre antérieure étant relevée, suture dans le sens où les lèvres des surfaces cruentées s'accolaient le plus aisément. C'est de cette façon que nous avons agi dans l'observation XCVI.

Un détail important dans ces deux procédés : il se peut que la section bilatérale du museau de tanche amène une hémorrhagie, les vaisseaux, comme nous l'a montré l'anatomie, arrivant par là dans l'organe; une de nos longues et fortes pinces hémostatiques, à mors légèrement incurvés, placée de chaque côté, l'arrête immédiatement.

Enfin il existe un troisième procédé, plus simple encore. Il consiste à fendre longitudinalement la lèvre antérieure jusqu'à la fistule, on avive alors et on suture verticalement (fig. 229 du t. II du *Diagnostic des tumeurs*).

4° Fistule double : si les deux orifices sont très rapprochés,

on peut, ainsi que le montre l'observation CII, les comprendre dans le même champ d'avivement et suturer comme d'ordinaire, sinon les opérer individuellement.

DEUXIÈME CATÉGORIE : *Fistules compliquées.* — Examinons les principaux cas cliniques.

1° *Atrésie vaginale.* — Elle présente tous les degrés possibles : mais quelque considérable qu'elle soit, nous la faisons disparaître de la façon suivante : c'est le doigt qui est l'instrument dilatateur. Il est en effet supérieur aux autres instruments parce qu'il permet, en même temps, de déterminer le nombre, la résistance et l'étendue des brides, leurs rapports avec la fistule ainsi que les dimensions réelles de cette dernière. Mais comme l'action du doigt seul serait trop lente ainsi que celle de tous les autres dilatateurs, qui font souffrir les malades pendant des semaines, et même des mois, et irritent les parois vaginales, nous préférons inciser aussi largement qu'il convient les brides sur un ou plusieurs points dans la direction la meilleure pour l'avivement et la suture de la fistule, en utilisant même leur section pour ce double but. Ces sections, aidées de l'action du doigt, ne sont pas dangereuses quand elles sont bien dirigées et permettent, séance tenante, d'opérer les fistules utérines et les fistules vésico-utéro-vaginales.

Cette façon d'agir nous semble infiniment préférable aux autres procédés tels que la dilatation par les tiges de laminaria ou les éponges préparées, ou la série graduellement croissante des « œufs » métalliques inventés par Bozemann, ou ses cylindres en gutta-percha durcie, laissés à demeure le plus longtemps possible. Tous ces appareils ne sont que très difficilement tolérés, et les œufs métalliques notamment ne valent rien. Verneuil a, dans ces dernières années, inventé un dilatateur plus souple, à pressions plus douces et plus égales et, partant, moins douloureux. C'est en somme un pessaire Gariel cylindrique, maintenu en place par une plaque périnéale et deux sous-cuisses. Les séances de dilatation varient de durée et de fréquence suivant la tolérance du vagin.

Pour terminer, voici une observation de Bozemann dans laquelle il a combiné la section des bandes cicatricielles avec la dilatation. Le résultat, quoique bon, nous paraît avoir été obtenu d'une façon trop lente et trop compliquée : il plaide néanmoins en faveur de l'incision des brides. Ce fait est tiré des *Annales de gynécologie de* 1880, t. II, p. 59.

Obs. CV. — Femme de trente-deux ans, avec fistule vésico-utéro-vaginale de 5 centimètres de long sur 4 centimètres de large et une autre, vaginale, de 2 centimètres et demi ; large bande cicatricielle entourant le vagin ; immobilité de l'utérus. Le 26 juin 1875, incisions vaginales et dilatation avec les cylindres de gutta-percha durcie : le 29, l'utérus est mobile et on le descend avec une pince de Museux aux 4/5 de l'étendue de la fistule ; mais il faut une force à 2^{kil},800, donc trop considérable : en dix-sept jours de traitement la balance à ressort montra qu'il ne fallait plus que 130 grammes pour abaisser l'utérus aux limites inférieures de la fistule : la suture fut faite, et quand on enleva les fils il ne restait qu'une fistulette.

2° Adhérences de l'utérus : nous venons de voir comment on y remédie ; mais la plupart du temps des incisions libératrices faites au moment même de l'autoplastie suffisent à mobiliser suffisamment la matrice.

3° Destruction de la lèvre antérieure avec impossibilité d'opérer la fistule elle-même, la lèvre postérieure du col étant seule visible, comme cela s'est présenté dans l'observation XCVIII. C'est à l'oblitération indirecte, par l'*hystérokleisis*, ou occlusion du col, qu'il faut recourir, opération qui consiste à aviver la lèvre inférieure ou vaginale de la fistule, et à porter cette lèvre, suffisamment libérée, et qui n'est en somme que la paroi antérieure du vagin, sur la lèvre postérieure du col, au préalable cruentée.

Il est des cas où, comme dans notre observation XCVIII, vu la situation vicieuse du col et son immobilité, les parties ne se prêtent pas à un affrontement aussi simple. Il faut dédoubler, par incision horizontale, la lèvre prostérieure. On affronte le segment antérieur de cette lèvre et la paroi vaginale antérieure.

Ces anaplasties nécessitent une habileté plus grande que

pour les fistules vésico-vaginales. Il y a de plus à craindre des accidents péritonitiques, aussi recommandons-nous une extrême minutie dans les précautions consécutives.

La conséquence de l'hystérocleisis est naturellement une direction différente des règles, et la menstruation, de vaginale devient uréthrale, sans dommage du reste pour la malade, comme le prouvent maintes observations.

Il est vrai que parfois le col s'est trouvé totalement oblitéré. On assiste alors à tous les symptômes de la rétention menstruelle, qui peut avoir pour conséquences, si l'opération est récente, de faire sauter les points de suture. Ordinairement l'orage se calme pour reparaître à la prochaine époque cataméniale et, finalement, parfois forcer à intervenir et à créer un nouveau passage au sang menstruel, par la face postérieure de la lèvre postérieure.

4° Destruction totale du col : le glissement de l'utérus est impossible ; c'est alors la *kolpokleisis* ou oblitération vaginale qu'il faut pratiquer, et cela le plus haut possible, c'est-à-dire à la voûte ou cul-de-sac vaginal : l'occlusion du corps du vagin et de l'orifice vulvaire devant être réservée pour les fistules vaginales. L'avivement est pratiqué, par les mêmes procédés, sur les deux parois du vagin ; quand on a obtenu un anneau cruenté, de 1 centimètre environ de large, les points de suture sont passés dans le sens le plus commode.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que le danger réside ici dans le voisinage du péritoine, que l'anatomie nous a montré descendant sur 1 centimètre 1/2 du vagin.

5° Enfin, cloaque par destruction du col et de la partie supérieure du vagin (Obs. XCIX). Il n'y a pas dans ce cas d'opération réglée, et pour la reconstruction du vagin et l'oblitération de la fistule on s'inspire des lambeaux respectés par la gangrène. C'est en somme les vestiges du corps utérin qui sont, là encore, la pièce principale ; il faut donc libérer l'utérus de ses attaches cicatricielles et l'abaisser aussi bas que possible, pour le fixer par des points de suture entre la vessie et le rectum. Malheureusement, comme le prouve cette observation, c'est parfois irréalisable ; c'est

alors aux vestiges du rectum que l'on s'adresse (comme nous l'avons fait); mais, même dans les cas les plus heureux, il faut plusieurs opérations complémentaires. La plupart du temps, disons-le, la chirurgie est impuissante. La pauvre infirme n'a d'autres ressources que de porter un de ces nombreux appareils en caoutchouc composés d'un récipient s'appliquant sur la vulve, à l'aide de deux sous-cuisses fixés à une ceinture; à ce récipient en est annexé un autre où s'accumule l'urine et que l'on vide par un robinet.

Nous ne voulons pas terminer cet aperçu thérapeutique sans mentionner certaines méthodes exceptionnelles, certaines modifications dans les procédés classiques.

C'est ainsi que dans des fistules de petites dimensions récentes ou des fistulettes, vestiges d'une grande fistule opérée, la cautérisation a produit d'heureux résultats (Obs. VCIII). J. Cloquet la pratiquait à l'aide du crayon de nitrate d'argent, aujourd'hui on se sert de préférence du thermo-cautère, du stylet galvanique, du caustique Filhos ou de l'acide nitrique. L'eschare tombée, les deux lèvres de la fistule s'accolent (réunion secondaire immédiate), ou la fistule se rétrécit par rétraction inodulaire circonférencielle, comme la physiologie pathologique nous l'a montré.

C'est par les mêmes procédés que l'on pratique l'avivement de certaines fistules inaccessibles ; au bout de huit à dix jours la surface cautérisée est bourgeonnante et rosée ; par excès de précautions, on la gratte avec une curette, et les points de suture sont passés comme à l'ordinaire (oblitération mixte ainsi que l'appelle dans sa thèse le D[r] Sarry). Cette méthode très vantée par quelques chirurgiens en Italie a trouvé, en France, dans Verneuil, un ardent promoteur, et il prétend en avoir obtenu de bons résultats.

APPENDICE

Les fistules que nous venons d'étudier sont toutes consécutives à l'accouchement ; il est une seconde catégorie de fistules vésico-utérines, infiniment plus rares, qui reconnaissent une étiologie différente. Disons-en quelques mots.

Parmi les *causes* les plus fréquentes, signalons le cancer du col à sa période ultime, les éponges préparées, les opérations sur le col des corps étrangers, etc., qui auraient pour effet de ramollir le tissu utérin (Jobert), d'où la production de fistules. Cette pathogénie, si tant il est vrai qu'elle existe, est exceptionnelle. Enfin une dernière variété étiologique est la fistule créée artificiellement, comme le fit Zweifel (*Archiv fur Gynecologie*, t. XV, p. 1) pour remédier à une fistule uretéro-utérine.

Naturellement toutes ces fistules présentent les *lésions* les plus variables ; celles qui sont symptomatiques d'un cancer utérin sont irrégulières et assez petites généralement ; elles ne sont soumises à aucune règle de siège ou d'étendue, d'ailleurs elles disparaissent derrière la gravité des lésions concomitantes. Les autres se rapprochent davantage de celles que nous avons étudiées plus haut.

Les premières ne sont passibles que du traitement palliatif ; les secondes demandent tout d'abord qu'on supprime la cause, puis quelques cautérisations peuvent en venir à bout, ou bien l'opération sanglante, suivant les règles prescrites dans la première partie de cette étude.

CONCLUSIONS

Arrivé à la fin de ces considérations essentiellement pratiques et cliniques sur les fistules vésico-utérines nous croyons utile de tirer les conclusions suivantes :

1° Les fistules vésico-utérines présentent des caractères et comportent des procédés opératoires qui permettent d'en faire une classe bien distincte des fistules uro-génitales.

2° Elles doivent être divisées en quatre variétés : fistules cervico-utérines proprement dites, cervico-utérines profondes, cervico-utérines superficielles, plus une quatrième fort rare, le cloaque vésico-utéro-rectal.

3° La pathogénie des fistules *post partum* est double : par déchirure et par gangrène, double variété entraînant des caractères spéciaux à chacune d'elles.

4° La guérison spontanée n'est pas impossible, on en a signalé des cas ; quand elles sont minuscules, la cautérisation peut être efficace ; habituellement l'avivement au bistouri avec suture immédiate, ou aux acides ou au thermo-cautère, suivi de la réunion immédiate secondaire, est nécessaire.

5° Dans ces opérations, la guérison est la règle et l'insuccès l'exception.

6° A côté des fistules vésico-utérines survenant après l'accouchement, il en est une seconde catégorie en dehors de la grossesse ; passibles des mêmes interventions, hormis celles qui sont dues à un cancer utérin et qui ne peuvent exiger qu'un traitement purement palliatif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Deroubaix, *Traité des fistules uro-génitales chez la femme* (Bruxelles, 1870).

Duplaix, *Bulletin Soc. chirurg.* 1880.

Foucher, *Note sur un cas de deux fistules sur la même femme* (Extrait du *Moniteur des sciences*, 1861).

Hergott (de Nancy), *Ann. gynéc.*, 1877.

Jobert de Lamballe, *Traité des fistules*, 1852.

Péan, *Cliniques*, t. IV, 1885 et *Diagnostic des tumeurs de l'abdomen*, t. II.

Polaillon, *Bull. Soc. chir.*, 1874.

Sarry, Thèse de Paris, 1875.

Verneuil, *Ann. gynéc.*, 1877.

TREIZIÈME LEÇON

DE L'ABLATION DE LA LANGUE

(Revendication de notre procédé à propos d'une observation lue, par notre collègue Richelot, à la Société médico-pratique, dans la séance du 22 février 1886 et publiée dans le nº 89 de l'*Union médicale.*)

Messieurs,

Après toutes les leçons que nous avons faites devant vous, après toutes nos publications, il nous semblait difficile que la méthode du pincement préventif, temporaire et définitif des vaisseaux au cours des opérations, nous fût disputée : nous nous attendions moins encore à ce que l'attaque nous vînt de confrères jeunes qui ont été à même, au cours de leurs études, de s'instruire sur les progrès que nous avons fait faire dans ce sens à la chirurgie. La jeunesse est habituellement plus libérale.

Ce fut donc à notre grand étonnement que nous avons vu notre collègue Richelot publier ces jours derniers une observation d'ablation partielle de la langue par un procédé qu'il déclare nouveau et dont il s'attribue le manuel. Or il vous suffira de lire la monographie qu'ont faite sur ce sujet deux de nos internes, Deny et Exchaquet. Cette monographie, où ce procédé est décrit et figuré (p. 30, fig. 7), a été publiée et annexée à la fin du tome I de nos *Cliniques*.

Ce procédé, d'ailleurs, n'est qu'une des applications de notre méthode de pincement préventif, temporaire et défini-

tif. Vous savez, pour le voir journellement dans notre service et pour l'avoir vu dans nos publications antérieures, qu'il consiste à faire autour des tumeurs et des organes à enlever le pincement préventif des vaisseaux qui s'y rendent. Grâce aux pinces, l'abord du sang est rendu presque nul ou impossible et l'opérateur n'a plus qu'à enlever, en un ou plusieurs morceaux, le tissu malade. Si, après cela, la plaie restante est disposée de façon à ce que les lèvres puissent être adossées et réunies séance tenante par suture, le chirurgien le fait et ne retire qu'ensuite les pinces. Grâce à cet affrontement, s'il est exact, l'opération est terminée et la plaie fermée sans qu'il y ait une goutte de sang de perdue. C'est ce que vous nous avez vu faire maintes fois à la langue comme aux lèvres, aux paupières, à la vulve, au scrotum, à l'utérus, en un mot à toutes les régions qui s'y prêtent.

Mais lorsque la perte de substance qui succède à l'ablation est trop large et doit rester ouverte, le pincement préventif, et même le pincement temporaire, ne suffisent pas toujours pour faire l'hémostasie définitive. Il faut alors, ou bien se servir de ligatures perdues, ou bien laisser à demeure les pinces pendant un temps qui varie suivant la région et que nous avons eu soin de déterminer (1).

Pour la langue, lorsque la tumeur est maligne et très étendue, nous nous servons des pinces que vous connaissez, dont les mors droits ou courbes sont dentés et ont une longueur et une force proportionnées à cet organe. Elles ont un de leurs mors piquant à son extrémité libre pour faciliter son introduction dans le tissu mou de l'organe. Trois suffisent dans les cas ordinaires : l'une, droite, saisit la langue parallèlement à la ligne médiane en dehors de la tumeur, et comme l'une des branches pénètre à travers la base de la langue pendant que l'autre comprime sa face dorsale, le pincement préventif est assuré de ce côté. Une autre pince à mors semblables, mais plus ou moins incurvés, saisit transversalement la base de la langue, en arrière de la tumeur, de

(1) Voy. nos *Cliniques*, t. I. (Mémoire de Deny et Exchaquet, et t. II, p. 98.)

façon que l'extrémité de ses mors vienne toucher l'extrémité des mors de la première. Une troisième pince, semblable aux précédentes, est placée au-dessous de la tumeur et saisit la langue du côté du plancher de la bouche. Quand l'hémostasie est ainsi assurée sur la périphérie, le chirurgien enlève le tissu morbide sans crainte d'hémorrhagie, parce que, grâce à leurs dents, les pinces ne peuvent glisser, malgré la mollesse du tissu lingual, et si la perte de substance n'est pas trop grande, si le chirurgien a pu lui donner une disposition cunéiforme qui permet d'en rapprocher et d'en suturer les bords en tout ou en partie, il le fait séance tenante, comme pour l'abcès froid dont l'histoire est rapportée dans le tome IV de nos *Cliniques,* p. 95.

Si la tumeur est plus grande, si elle occupe la totalité de la langue, à plus forte raison si elle s'est propagée aux organes voisins, le plancher de la bouche, par exemple, il devient impossible de rapprocher les bords de la perte de substance et le mieux est de laisser à demeure les pinces, tant nombreuses qu'elles soient. Leur séjour est mieux toléré qu'on ne serait tenté de le croire, grâce à la présence d'éponges placées à demeure au-dessous d'elles. Lorsqu'elles sont enlevées au bout de vingt-quatre à trente-six heures, il n'y a jamais à craindre d'hémorrhagie.

A vrai dire, notre collègue Richelot reconnaît que c'est nous qui avons imaginé ce procédé de pincement de la langue à l'aide de pinces construites suivant nos indications, mais il déclare absolument nouvelle la filo-pressure de la langue permettant d'enlever les pinces : ce que nous avons dit plus haut prouve que cette prétention est exagérée.

Si quelques chirurgiens, en même temps que nous, avaient autrefois tiré parti de l'hémostasie temporaire pour abréger la durée des opérations, aucun n'avait appliqué comme nous l'hémostasie définitive à la pratique des opérations chirurgicales, et nous avons pris soin d'en donner les preuves historiques, il y a de longues années. Il est donc inutile de vous entretenir plus longtemps sur ce sujet.

QUATORZIÈME LEÇON

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE

(Revendication de notre procédé à propos d'une communication faite par notre collègue Richelot au Congrès français de chirurgie de 1886.)

MESSIEURS,

Il y a quelque temps j'avais l'honneur de vous dire les difficultés que j'éprouvais à maintenir la priorité de ma méthode du pincement préventif, temporaire et définitif au cours des opérations. Il s'agissait alors de défendre mon procédé d'ablation partielle ou totale de la langue, les instruments que j'ai inventés à cet effet et la filo-pressure permettant d'enlever de suite les pinces. Je vous disais à cette époque que, pour faciliter l'hémostasie, j'avais imaginé plus de cent pinces de modèles différents, dans le but d'appliquer ma méthode à toutes les opérations qui sont du ressort de la chirurgie. Ces pinces dont la longueur, la force et la configuration ont été appropriées à la nature et au volume des régions et des tumeurs sur lesquelles l'opérateur doit agir, se trouvent chez tous nos meilleurs fabricants d'instruments de chirurgie et portent mon nom. Quelques-uns leur donnent des dénominations spéciales suivant qu'elles sont utilisées plus fréquemment pour telle opération : pinces à paupières, pinces à lèvres, pinces à langue, pinces à tube digestif, pinces à ovariotomie, pinces à hystérectomie, pinces à varicocèle. Ils invoquent, pour les motiver, les variétés qu'elles présentent

au point de vue de leur longueur, de leur force, de la conformation des mors, dont les uns sont lisses, élastiques, les autres dentés, les autres entourés de caoutchouc : mais ces désignations empêchent les praticiens d'envisager notre méthode à son véritable point de vue : telle pince en effet qui servira aux lèvres, aux joues, au nez, aux oreilles, à la vulve, servira en même temps pour le pincement du scrotum, des ovaires, de l'utérus, des ligaments larges. Il est donc ridicule de leur donner un nom différent pour chaque opération, d'autant plus que pour la même région il faut souvent avoir des pinces plus ou moins fortes, à mors plus ou moins longs, suivant le volume de la tumeur. Que penser, par exemple, des chirurgiens qui prétendent avoir le droit de donner leur nom à une pince à hystérectomie parce que celles dont ils se servent ont des mors longs d'un centimètre de plus que celles dont se servent leurs confrères du voisinage, alors que depuis un grand nombre d'années ces mêmes instruments se trouvent chez tous les fabricants et portent notre nom ?

A cette époque, Messieurs, je revenais devant vous sur ce sujet à propos d'une observation d'ablation de la langue faite suivant mon procédé par Richelot et publiée dans le n° 89 de l'*Union médicale*. Il déclarait que ce procédé était nouveau. Je vous ai prouvé qu'il n'en était rien. J'hésitais à croire que mon collègue, qui connaît notre méthode par ce qu'il en a entendu dire de vive voix par mes internes, quand il m'a remplacé dans ce service, songerait à l'accaparer pour une autre opération. A vrai dire, il s'agit d'une opération de date moins ancienne que l'ablation de la langue. A propos d'une observation d'hystérectomie vaginale totale faite par le Dr Buffet, chirurgien distingué d'Elbeuf, et publiée dans la *Gazette des hôpitaux* de 1886, p. 647, pour montrer les avantages qu'il avait retirés de l'emploi de mes instruments et de ma méthode, mon collègue Richelot ne craignit pas d'écrire à M. Le Sourd, directeur du journal, une lettre dans laquelle il considère encore une fois mes instruments et ma méthode comme siens et comme nouveaux. Permettez-moi,

pour établir les pièces du débat, de vous citer : 1° l'observation du Dr Buffet; 2° la lettre que Richelot n'a pas craint d'adresser à cette occasion à la *Gazette*; 3° celle du Dr Buffet, en réponse à la précédente; 4° enfin celle que je dus écrire pour rétablir l'exactitude des faits.

1° Observation du Dr Buffet :

Épithélioma du col utérin chez une femme de trente et un ans; anémie considérable, hystérectomie vaginale, hémostase avec les pinces longues de Péan. — La femme K..., âgée de trente et un ans, mère de trois enfants, est entrée le 18 avril à l'hôpital d'Elbeuf, dans mon service, pour un épithélioma végétant du col utérin. La santé s'est altérée depuis deux ans environ : hémorrhagies abondantes d'abord à chaque époque menstruelle, puis se renouvelant plus souvent et déterminant une décoloration complète des tissus.

A son entrée à l'hôpital, l'examen démontre un épithélioma végétant du col, si volumineux qu'il remplit toute la cavité vaginale. Les végétations sont très friables et s'enlèvent avec les doigts très facilement; il s'écoule un liquide purulent très abondant et fétide qui contribue pour une bonne part à affaiblir la malade. Le toucher rectal indique que l'utérus est mobile. Le vagin et les ligaments larges sont indemnes, mais la limite supérieure de l'affection paraît se prolonger au delà du col de l'utérus.

La malade réclame l'opération avec insistance et l'intervention radicale nous paraît légitime. M. Boutroux, qui a vu la malade avec nous, partage absolument notre avis. L'opération est pratiquée le 26 avril à trois heures du soir avec l'aide de mes confrères les docteurs Boutroux, Bideut, Kuhn et Boyer. La malade étant endormie, la vessie est vidée et un cathéter est maintenu dans sa cavité; des valves plates, à manche, écartent les parois du vagin et le col est saisi avec deux pinces de Museux. L'utérus est difficilement abaissé et le col, très volumineux, remplit complètement l'ouverture de la vulve, ce qui donne une certaine difficulté à la suite de l'opération. Je fais au bistouri l'incision du cul-de-sac antérieur, je décolle la vessie et j'ouvre le péritoine au fond de la plaie avec l'index. La même manœuvre est répétée en arrière pour l'incision du cul-de-sac postérieur et le décollement du rectum. Il m'est possible à ce moment de saisir un peu plus haut avec les pinces le tissu même de l'utérus et de profiter de cette prise plus solide pour attirer la matrice en bas; mais j'obtiens avec peine un abaissement de quelques millimètres.

Je fais alors, suivant la méthode de Récamier, basculer le fond

de l'utérus en avant, et j'amène à la suite les deux ovaires. Cette manœuvre, qui n'est pas toujours possible et qui a été essayée sans succès par Gillette, rend la saisie des ligaments larges plus facile.

Le ligament droit est saisi avec le doigt gauche recourbé en crochet. Cette manœuvre rend également assez facile l'application d'une pince longue qui comprend le ligament en entier et la section est faite en dedans de la pince. La même manœuvre est répétée pour le ligament gauche et réussit de la même façon. L'utérus est enlevé et il ne s'écoule pas une goutte de sang sur la surface de section.

Je fais une toilette du péritoine avec des éponges phéniquées; il s'écoule alors un peu de sang qui provient de la surface de section du vagin, j'applique aussitôt une petite pince et tout s'arrête.

Je ne fais pas de sutures des parois vaginales et je bourre le vagin de deux éponges fines. La région est recouverte de taffetas gommé et de ouate, le tout maintenu par un bandage en T. — L'opération a duré trois quarts d'heure.

— Température après, 35°,7. — Un vomissement le soir à neuf heures. Piqûre de morphine, lait glacé, champagne.

Deuxième jour. — Température : 36°,3 matin, 36°,8 le soir. Vomissements fréquents, rejet de toutes boissons, peu de douleurs dans le ventre. Urine avec la sonde trois fois par jour. — Les pinces sont retirées le soir à quatre heures, vingt-quatre après l'opération, pas d'hémorrhagie. Un tube en caoutchouc remplace les pinces absentes, il est maintenu par deux nouvelles éponges.

Troisième jour. — Température : 36°,9 matin, 37°,2 le soir. Les vomissements continuent, la malade est très faible. — Potion avec éther 2 grammes, et laudanum 10 gouttes ; morphine la nuit.

Quatrième jour. — Température : 37°,3 matin, 37°,4 le soir. Les vomissements s'arrêtent. Un peu de bouillon froid. On continue la potion avec éther et laudanum. Les jours suivants, les vomissements ne se reproduisent pas et la malade reprend des forces.

Le cinquième jour, le tube et les éponges sont retirés, et on fait une injection chaque matin avec l'eau phéniquée. L'intestin fonctionne bien et la vessie se vide seule à partir du quatrième jour.

Le septième jour, point pleurétique à gauche traité par un vésicatoire. La température, normale le matin, s'élève le soir, sous l'influence de cette complication, à 38 degrés, et le même phénomène se reproduit pendant une huitaine de jours jusqu'à guérison de la pleurésie. La malade sort guérie le 26 mai.

Je l'ai revue le 25 juin ; l'état général est excellent, l'appétit et la gaieté sont revenus à la malade. Le visage est rosé ; il y a toutes les apparences d'une bonne santé. La réunion du vagin s'est faite et l'opérée n'éprouve aucune souffrance de ce côté.

L'utérus enlevé présentait un col d'une dimension énorme (circon-

férence de 22 centimètres). La partie vaginale était recouverte de végétations très friables; la portion sus-vaginale était infiltrée jusques et y compris la partie inférieure du corps de l'utérus, qui mesurait 9 centimètres comme dimension verticale et 6 centimètres comme diamètre transversal.

2° Lettre de notre collègue Richelot :

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Paris, 30 juillet 1886.

Mon cher directeur,

Notre honorable confrère d'Elbeuf, M. Buffet, me prend à partie dans votre numéro du 29 juillet, au sujet du procédé des pinces à demeure appliqué à l'hystérectomie vaginale et m'accuse en termes courtois de m'attribuer une priorité qui appartiendrait à M. Péan.

Les questions de priorité sont fastidieuses et j'en ferais volontiers bon marché. Un point, cependant, mérite de fixer l'attention.

Les pinces à demeure sont adoptées par la plupart de mes collègues, à la suite de ma communication à la Société de chirurgie (11 novembre 1885). Les observations de M. Péan, qui d'ailleurs ne seront publiées qu'aujourd'hui même dans la thèse de M. Gomet (*De l'hystérectomie vaginale en France*, juillet 1886), auraient-elles amené ce résultat? La lettre même de M. Buffet nous permet de juger la question. « J'ai lu, dit-il, que M. Péan conseille de laisser de longues pinces à demeure dans le péritoine pendant vingt-quatre heures, *si les ligaments ne tiennent pas ou qu'un vaisseau vienne à saigner.* » Je n'en demande pas davantage; car il s'agit d'un expédient que plusieurs chirurgiens, M. Bœckel entre autres, ont utilisé quand ils n'ont pu faire autrement. Mais aucun jusqu'ici n'avait mis en pratique le procédé que je conseille, pour la même opération et *dans les mêmes termes*, c'est-à-dire en laissant les pinces longues *de parti pris* dans la cavité pelvienne pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

M. Buffet dit encore : « J'ai entendu M. Péan citer très simplement, *et comme une chose qui lui est familière*, l'application de deux pinces longues sur les ligaments larges, et *leur maintien dans la cavité péritonéale.* » Voilà qui n'est pas d'accord avec les documents fournis par M. Péan lui-même au docteur Gomet pour sa thèse. M. Buffet, s'il veut bien lire ce travail, pourra voir que, sur neuf hystérectomies vaginales, une seule fois M. Péan laissa les pinces pour l'hémostase définitive, et cela par nécessité, les parties serrées étant trop hautes pour que la ligature fût possible. Dans tous

les autres cas, il a placé des ligatures, enlevé les pinces et fermé le péritoine.

En résumé, tous mes collègues faisaient des ligatures et les pinces à demeure ne figurent dans aucun des procédés exotiques. Il me suffit d'avoir démontré que ces dernières peuvent être employées *dans tous les cas*, pour simplifier l'acte opératoire, abréger la manœuvre intra-péritonéale et assurer l'hémostase définitive; qu'en un mot elles constituent non pas un expédient, mais un procédé de choix pour le traitement des ligaments larges. Nous avons maintenant, mon collègue Terrier et moi, dix observations qui en témoignent; tous nos confrères qui nous ont vu opérer à l'hôpital Bichat sont d'avis que l'opération est transformée par la suppression des ligatures et n'élèvent aucun doute sur la question de priorité.

Agréez, etc.

Dr C. Richelot,
Chirurgien des hôpitaux.

3° Lettre du Dr Buffet :

A Monsieur le D^r Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans une épreuve qui m'a été adressée gracieusement par M. Richelot, le 15 courant, je vois que cet honoré confrère revendique pour lui-même la priorité à propos de l'application des pinces de Péan sur les ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale.

Il me fait l'honneur de citer mon observation, que vous avez publiée dans votre journal; mais, par contre, il élève des doutes sur la valeur de mon assertion. J'ai dit que M. Péan est le premier qui ait conseillé l'usage des pinces dans l'opération susdite.

Voici ce que j'ai à ajouter comme explication :

Déjà, dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 juillet 1885, dans une leçon sur l'hystérectomie vaginale par M. Péan, j'ai lu que ce chirurgien conseille de laisser de longues pinces dans le péritoine *pendant vingt-quatre heures*, si les ligatures ne tiennent pas ou qu'un vaisseau vienne à saigner.

Au mois de novembre 1885, *le 7, j'assistais* à une de ses cliniques du samedi, et j'ai entendu M. Péan citer très simplement, et comme une chose qui lui est familière, l'application de deux pinces longues sur les ligaments larges, avant de sectionner les ligaments, et leur maintien dans la cavité péritonéale.

Je ne pourrais affirmer que M. Péan a employé lui-même le procédé que je lui entendu conseiller, mais à coup sûr il l'a enseigné avant la communication de M. Richelot à la Société de chirurgie, et

c'est d'après son inspiration que j'ai employé ce procédé d'hémostase, deux jours avant M. Richelot, le 26 avril 1886.

Agréez, etc.

L. Buffet,
Chirurgien en chef de l'hôpital d'Elbeuf.

4° Voici maintenant la lettre que j'envoyai au même journal :

Mon cher Directeur,

Vous avez publié dernièrement une intéressante observation d'hystérectomie vaginale pratiquée par notre honorable confrère, le Dr Buffet, d'Elbeuf. Au cours de sa description, cet habile opérateur a bien voulu reconnaître qu'il avait suivi pour les ligaments larges la méthode de pincement préventif et définitif que j'ai imaginée, dans un but hémostatique, il y a plus de vingt ans, et qui se trouve longuement décrite dans les tomes I, II et IV de mes *Cliniques chirurgicales*. Il a même ajouté, comme les confrères qui me font l'honneur d'assister aux opérations et aux conférences que je fais tous les samedis à l'hôpital Saint-Louis, que j'enseigne depuis longtemps cette méthode, dont personne ne songe sérieusement à me contester la priorité. Je n'ai, pour ma part, qu'à féliciter le jeune opérateur de sa bonne foi et du brillant succès qu'il a obtenu l'an dernier.

Par contre, dans le numéro de votre journal qui vient aujourd'hui de paraître (5 août 1886), je vois avec peine mon collègue Richelot tendre à revendiquer cette méthode comme sienne et chercher à démontrer, non seulement qu'il ignore à qui revient le mérite d'avoir imaginé le pincement préventif et définitif au cours des opérations, mais encore qu'il l'a, le premier, appliqué à l'hystérectomie vaginale. Je m'explique difficilement cette double prétention, puisque ses opérations sont postérieures à celle de notre confrère Buffet et aux miennes, et puisqu'il avoue, dans ses publications antérieures, qu'avant le mois de novembre dernier il avait perdu ses malades d'hémorrhagie, faute de recourir à cette excellente méthode. Je ne comprends pas davantage pourquoi M. Richelot n'a pas songé plus tôt à faire le pincement, puisque mes élèves lui en ont montré l'importance lorsqu'il est venu me remplacer, il y a quatre ans, à l'hôpital Saint-Louis, et puisqu'il a vu, à cette époque, le parti qu'on en pouvait tirer. Personne n'ignore, en effet, que ce sont mes élèves qui m'ont aidé à vulgariser ma méthode, en en faisant connaître le mode d'application à la plupart de mes collègues. Aussi, ma surprise fut grande lorsque, il y a quelques mois, M. Richelot oublia de citer mon nom, en parlant du pincement des ligaments larges. Elle fut bien plus grande encore, il y a un mois, lorsque je le vis

décrire comme nouveau, dans le *Journal de médecine de Paris*, mon procédé d'ablation de la langue par le pincement préventif et définitif, alors que je l'ai figuré en 1874 dans les leçons qui ont été publiées par Deny et Exchaquet. Oublie-t-il donc qu'il suffit de jeter un coup d'œil sur ces leçons pour voir que personne avant moi ne s'était servi de pinces à mors variés et appropriés pour faire le pincement préventif et définitif des *ligaments larges*, aussi bien que *de l'utérus, du vagin, de la vulve, de l'urèthre, du rectum, des autres organes et de toutes les tumeurs pédiculées ou susceptibles d'être pédiculées?* Oublie-t-il que personne ne pourrait m'enlever le mérite d'avoir prouvé, le premier, que ces sortes de pinces *remplacent toujours avantageusement la ligature, que leur séjour dans les plaies, y compris le péritoine, ne détermine jamais d'accident et qu'il suffit de les laisser en place le plus souvent de deux à trente-six heures pour obtenir l'hémostase définitive?* Oublie-t-il enfin que ces conclusions ont été présentées par moi à l'Académie de médecine dès le 19 janvier 1875? Si M. Richelot s'était contenté de dire que ma méthode est supérieure aux autres pour l'amputation de la langue et pour l'ablation de l'utérus, qu'il n'en veut pas d'autre, qu'il n'est jamais nécessaire de retirer les pinces avant le temps que j'ai fixé, qu'il n'est pas plus nécessaire de lier les vaisseaux saisis et de fermer la plaie vaginale, je me serais gardé de le contredire, puisqu'il n'aurait fait qu'affirmer, par l'exemple, les lois que j'ai posées et que j'ai soutenues, pendant une partie de mon existence, par l'enseignement et par le livre. J'aurais même été le premier à l'encourager dans cette voie qui lui a permis de guérir quelques malades. Mais il m'est pénible, à une période déjà avancée de ma carrière, d'entreprendre une plus longue discussion pour démontrer une fois de plus combien il est difficile à un inventeur de se mettre à l'abri de revendications peu justifiées.

Agréez, etc.

PÉAN.

Paris, 5 août 1886.

Je vous fais grâce de la lettre dans laquelle mon collègue se croit lésé par mes revendications et par celles de Buffet, puisqu'elle n'ajoute rien et qu'elle ne fait que prouver un dépit mal dissimulé.

Je pouvais croire, Messieurs, qu'il suffisait, pour convaincre mon collègue de la véracité de mes assertions, de le renvoyer aux communications antérieures, en particulier à celles que j'avais faites à l'Académie à propos de l'hystérectomie vagi-

nale totale, et pour lui montrer que ces sortes d'opérations, que j'ai pratiquées le premier en France avec succès, avaient réussi, parce que je leur avais appliqué mes pinces dans le but d'assurer l'hémostasie préventive, temporaire et définitive du vagin et des ligaments larges. Mais il paraît que je n'y avais réussi qu'imparfaitement. Dans une communication que Richelot vient de faire au dernier *Congrès de Chirurgie* de Paris (1886), dans la séance du 19 octobre, sur l'hystérectomie vaginale totale, il a déclaré qu'il ignore à qui revient l'honneur de cette méthode d'hémostasie et qu'il n'avait pas voulu entreprendre de recherches historiques à ce sujet parce que les questions de priorité sont pour lui fastidieuses. J'avais par hasard laissé ce jour-là de côté mes occupations habituelles pour assister à la séance. Vous comprenez que je ne fus pas seul stupéfait d'entendre ce chirurgien accuser ainsi son ignorance au sujet de la chirurgie moderne, et voici la réponse que je lui fis immédiatement et publiquement, comme en font foi les comptes rendus sténographiques *du Congrès* (p. 318), et les journaux médicaux, notamment la *Tribune médicale* (p. 546) et la *Gazette des hôpitaux* (p. 989).

« Messieurs, la communication que vient de faire M. Richelot exige que je prenne la parole. Mon collègue commence par dire que son procédé d'hystérectomie vaginale est basé sur le pincement préventif et définitif des ligaments larges. Il ajoute qu'il ne voit pas l'utilité de rechercher à qui appartient la priorité de cette méthode hémostatique, disant que les recherches de priorité sont toujours fastidieuses. Permettez-moi de vous dire que, si elles sont fastidieuses pour lui, elles ne le sont pas pour nous qui en sommes l'inventeur et qui, depuis plus de vingt années, employons tous nos efforts à la vulgariser.

« A l'instar de ceux qui ont cherché, sans succès, à s'approprier cette méthode, après avoir mis en doute pendant plusieurs années ses avantages, il laisserait volontiers croire que le pincement des vaisseaux des ligaments larges avait été pratiqué avant nous, alors que, seul, et journellement, nous

la mettions en pratique dans notre service hospitalier. Or des travaux faits et enseignés dans les hôpitaux de Paris, en présence d'un grand nombre de médecins français et étrangers, ne jouissent-ils pas de toute l'authenticité désirable? Nous le mettons au défi de trouver quoi que ce soit d'analogue, non seulement pour les ligaments larges, mais encore pour les organes voisins, l'utérus, le rectum, la vulve, la vessie et les organes éloignés.

« En fait d'hémostasie préventive, qui donne des résultats si avantageux pour abréger la durée des opérations, nous ne connaissons qu'un instrument antérieur aux nôtres, ayant pour but de l'obtenir : c'est la pince que Desmarres avait imaginée pour l'ablation du chalazion.

« Dès que nous conçûmes l'idée d'appliquer notre méthode de pincement à toutes les opérations qui sont du ressort de la chirurgie sanglante, nous fîmes construire des pinces de courbure, de force et de longueur nécessaires, en L, en T, en V, à mors droits, à mors courbés sur le champ ou courbés sur le plat, à mors longs, à mors dentés, à mors revêtus d'amadou, de caoutchouc, etc. Depuis cette époque, nous avons eu la satisfaction de voir les chirurgiens français et étrangers rechercher tous ces modèles et en tirer un parti que les fabricants eux-mêmes, malgré nos prévisions, étaient loin de soupçonner.

« La faveur dont ont joui nos instruments est certainement précieuse pour nous. Elle l'eût été bien davantage si nous n'avions eu à compter avec le soin que prennent certains chirurgiens à dissimuler le nom de l'inventeur en leur appliquant les dénominations de *pince à arrêt*, *pince à forcipressure*, *pince à ovariotomie*, pince de « Guéride », de « Mariaud », de « Mathieu », alors que nous avons montré, dans nos publications antérieures, que le mot de *forcipressure*, imaginé par Verneuil, qui a utilisé nos pinces plusieurs années après leur invention, ne suffit pas à lui seul pour créer une méthode, que notre *méthode d'hémostasie* convient aussi bien à toutes les opérations de la chirurgie qu'à l'ablation des kystes de l'ovaire et que Mathieu, Guéride, Mariaud, ne sont que

les fabricants auxquels nous avons confié l'exécution de ces instruments.

« Est-il digne de la science de rapporter au fabricant les créations du chirurgien ? Convient-il, par exemple, de ne jamais décrire sous mon nom le lit d'opérations que j'ai fait construire autrefois par Dupont, et dont Guéride d'abord, Mariaud ensuite, ont accepté le dépôt, en lui ajoutant les perfectionnements que je leur ai demandés ?

« Convient-il davantage, lorsqu'il s'agit de publier les statistiques parisiennes, d'oublier chaque fois de dire que c'est moi qui ai fait le premier l'hystérectomie vaginale en France dans ces dernières années, alors que personne ne l'ignore et que j'avais communiqué les observations à l'Académie de médecine, et qu'elles avaient été reproduites par plusieurs journaux ?

« Cette manière de faire, si elle est propre à laisser dans l'ombre le nom de l'auteur, n'est pas faite pour agrandir la renommée de celui qui se sert de pareils expédients. Et cependant, que de fois déjà, dans les feuilles périodiques, et même dans les articles de nos dictionnaires, n'avons-nous pas vu de pareils détournements se produire !

« Pour n'en citer qu'un exemple : dans un article sur l'*hystérectomie abdominale* (1) qui a paru l'an dernier, et dont l'auteur est un de nos collègues les plus érudits, ne voyons-nous pas nos pinces, de toutes espèces de modèles, décrites et même figurées, avec les gravures qui nous ont servi, il y a plus de dix ans, sans que notre nom soit même cité.

« Pourtant les instruments sont inséparables de la méthode ; et puisque Richelot a bien voulu dire qu'il n'est pas l'inventeur des pinces qui lui ont servi pour faire l'hémostasie définitive et temporaire au cours de l'hystérectomie totale, il aurait pu ajouter, ce qui est vrai, qu'elles portaient mon nom dans les catalogues des fabricants chez lesquels il les a trouvées.

« Comme vous le voyez, il ne pouvait être fastidieux pour

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1885.

moi de rechercher devant vous à qui revient la priorité de la méthode, non seulement pour l'hystérectomie abdominale ou vaginale, mais pour toutes les grandes opérations de la chirurgie. Quant à dire que, pour l'hystérectomie vaginale, il y a avantage à laisser nos pinces à demeure et à ne pas les remplacer par des ligatures, comme nous l'avons fait le premier dans les divers modes d'ablation de l'utérus, nous y souscririons volontiers si tous les cas l'exigeaient, comme l'affirme Richelot. Or, c'est sur ce seul point de l'hystérectomie que nos opinions ne concordent pas.

« Lorsque, grâce au pincement des ligaments larges, l'utérus a été enlevé par le vagin, les pinces qui ont servi à l'hémostasie préventive permettent, si le cas est simple, d'abaisser à volonté, avec facilité, les ligaments larges, de les voir au fond du vagin et de les lier séparément en deux moitiés avec des fils de soie, sans crainte que ceux-ci ne glissent, sans crainte d'hémorrhagie. Il en eût été tout autrement si les ligaments larges n'avaient pas été préalablement pincés sur toute leur hauteur, et c'est ce qui explique pourquoi, avant de suivre notre méthode, Richelot et ses coopérateurs perdaient leurs malades d'hémorrhagie, ce qui ne nous est jamais arrivé.

« Nous ne lions, d'ailleurs, les ligaments larges que dans les cas simples et alors qu'il y a avantage à placer sur eux et sur le fond du vagin quelques points de suture. Dans le cas contraire, nous préférons laisser les pinces à demeure et l'expérience nous a démontré que le péritoine supporte merveilleusement leur contact, aussi bien dans l'hystérectomie abdominale que dans l'hystérectomie vaginale, si l'opération a été bien dirigée et si elles ne sont pas laissées au delà de vingt-quatre à trente-six heures. »

A la suite de ma communication ceux d'entre vous qui assistaient à la séance ont pu se convaincre de la satisfaction que j'éprouvai en voyant tous les membres présents du Congrès saluer ma revendication par une salve prolongée d'applaudissements.

Notre collègue Verneuil lui-même, qui présidait cette séance, et auquel quelques-uns de ses élèves avaient été

tentés autrefois d'attribuer la priorité de ma méthode, que mes internes lui avaient apprise, voulut bien déclarer que celle-ci ne lui appartenait en rien et qu'il ne revendiquait que le mot de *forcipressure* (1). J'eus cependant le regret de le voir assez troublé à ce moment pour dire que cette méthode avait été découverte au commencement de ce siècle. Il est vrai que Richelot, rendant compte de la séance dans l'*Union médicale*, ne s'est pas contenté de lui donner un siècle d'existence, mais deux. On voit que, comme pour l'exérèse de l'utérus, comme pour celle de la langue après pincement préalable, la question de priorité paraît à ce chirurgien assez fastidieuse pour qu'il dédaigne de la préciser.

Notre collègue Verneuil a fait autrefois l'historique de notre méthode; mais il est moins complet que le nôtre et démontre que personne avant moi n'avait appliqué le pincement des vaisseaux à la pratique de la chirurgie. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir trouvé dans la science deux ou trois observations dans lesquelles l'opérateur, ne pouvant lier un vaisseau, avait laissé, à son corps défendant, une pince à demeure jusqu'à ce qu'elle tombât d'elle-même, tant il avait craint qu'en l'enlevant il y eut une hémorrhagie, pour voir là une découverte. Il n'y a du reste qu'à lire les observations publiées pour voir que ces opérateurs n'avaient tiré aucun parti de cette méthode et que pour eux la ligature était le seul moyen hémostatique efficace.

Je regrette, Messieurs, après avoir appliqué journellement devant vous cette méthode pendant tant d'années, qu'elle soit encore assez peu connue de quelques-uns de nos collègues pour qu'ils croient en faire aujourd'hui la découverte, alors qu'ils en saisissent tardivement l'importance. Mais vous comprenez que leur ignorance est peu excusable puisqu'il leur suffirait de lire nos travaux antérieurs pour savoir à qui revient la priorité.

(1) J'ai toujours, pour mon compte, préféré le mot de pincement à celui de forcipressure dont l'étymologie semblerait plutôt tirée de forca que de forceps.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE Ier

PLAIES. — CONTUSIONS. — CICATRICES.

Ce chapitre renferme 105 observations qui peuvent être réparties de la façon suivante :

1° Plaies par instruments tranchants.......	20
2° — — piquants.........	3
3° Contusions............................	29
4° Plaies contuses.......................	33
5° — par arrachement.................	8
6° par morsures....................	3
7° — par armes à feu.................	7
8° Pathologie des cicatrices...............	2
Total....................	105

Ce chiffre ne comprend pas les traumatismes qui ont amené des complications du côté d'organes importants tels que les grandes articulations ou le système nerveux (cerveau et moelle). Nous avons reporté les observations de ce genre aux chapitres consacrés aux maladies de ces organes.

Comme dans le volume précédent, nous réservons un paragraphe aux maladies des cicatrices, la pathologie du tissu nodulaire méritant, à notre avis, une place à part.

§ I

PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.

20 *cas.* — Les agents vulnérants ont été :

Des éclats de verre, 6 observations ; des instruments dirigés par la main, tels que : canifs, couteaux, tranchets, ciseaux, 10 observations; des outils mus par la vapeur, tels que : scie mécanique, 3 observations; raboteuse mécanique, 1 observation.

Les régions intéressées ont été : la face et l'œil, 1 cas; la joue, 1 cas ; le cou, 1 cas ; la poitrine, 6 cas, dont une plaie du cœur; l'abdomen, 2 cas; l'avant-bras, 2 cas; le poignet, 1 cas; la main, 4 cas; les doigts, 1 cas; le pied, 1 cas.

La plupart de ces observations présentent un intérêt particulier.

Dans l'observation I, le malade, en passant la tête à travers un carreau, se fit, outre des blessures insignifiantes de la face, du front et des paupières, deux plaies de la cornée, avec luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Ces désordres aboutirent à l'atrophie du globe oculaire, sans qu'il y eût heureusement de troubles sympathiques du côté de l'œil sain.

L'intérêt de l'obs. II porte sur ce fait, qu'une blessure de la face, longue de 8 centimètres, ne fut nullement influencée par le mauvais état général de la malade. En effet, chez cette femme qui était convalescente d'une albuminurie, la suture de la plaie fut suivie d'une réunion par première intention.

Le malade de l'obs. III, au cours d'une bronchite suspecte, se porta, pendant un accès de délire, un coup de couteau dans la région antérieure du cou. Quinze jours après l'accident on vit apparaître, dans la région claviculaire correspondante, un abcès du volume d'un œuf de poule, sans communication appréciable avec la plaie.

Néanmoins, comme la blessure était large et profonde, il

y a tout lieu de supposer que la collection avait pour point de départ, comme cela s'observe fréquemment dans la région, l'infiltration d'une certaine quantité de pus, dans les gaines celluleuses et aponévrotiques. La plaie mit six semaines à guérir, et bien que l'état général du malade se fût amélioré, il existait encore, au moment du départ, de la fièvre hectique et des troubles sérieux du côté du poumon.

Parmi les six plaies de *poitrine*, trois n'étaient pas pénétrantes ; elles siégeaient toutes les trois au voisinage de la sixième côte et guérirent rapidement sans donner lieu à d'autres accidents qu'une hémorrhagie abondante au moment du traumatisme.

Des trois plaies pénétrantes, deux intéressaient la plèvre et le poumon ; la troisième avait atteint le cœur.

Les deux premières, résultant de coups de couteau, siégeaient, l'une à la partie antérieure du troisième espace intercostal gauche, l'autre à la partie postérieure du dixième espace intercostal du même côté. Toutes deux donnèrent lieu à une hémorrhagie immédiate abondante et à des complications inflammatoires du côté de la plèvre et du poumon sans qu'il y ait eu d'hémoptysie.

La plaie du troisième espace (obs. VII) provoqua de l'emphysème pulmonaire et sous-cutané, ainsi qu'une pneumonie lobaire traumatique; enfin douze jours après l'accident, alors que la pneumonie était en voie de guérison, se manifestèrent les signes d'un épanchement pleurétique. Malgré ces complications, la guérison fut obtenue en un mois.

La plaie du dixième espace intercostal (obs. VIII) s'accompagna immédiatement d'un épanchement pleurétique abondant, dont l'imprudence du malade exagéra encore la gravité. Dans ce cas, comme dans l'autre, la guérison fut obtenue, mais l'épanchement mit près de deux mois à se résorber.

Le malade qui fait le sujet de l'observation IX s'était donné un coup de tranchet dans la région du cœur. Il mourut une demi-heure après son transport à l'hôpital, avec les phénomènes d'une dyspnée intense.

L'autopsie nous révéla que l'instrument avait à la fois sectionné les vaisseaux mammaires internes et ouvert le ventricule droit, au niveau du bord droit du sillon antérieur du cœur. Ces lésions expliquaient, d'une part, l'infiltration du sang dans le médiastin antérieur et dans le tissu cellulaire prépéricardique et, d'autre part, l'épanchement de 150 à 200 grammes de sang dans le péricarde.

Des deux plaies de l'*abdomen* l'une n'intéressait que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; l'autre était pénétrante. L'histoire de cette dernière est des plus intéressantes. Le malade (obs. XI) venait de recevoir dans la région épigastrique, à 4 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde et un peu à gauche, un coup de couteau de cuisine. Quand on l'apporta dans notre service, la plaie saignait abondamment. Il y avait lieu de se demander si cette plaie était pénétrante et quels organes étaient blessés. Sur le premier point, l'erreur n'était pas possible ; le couteau, large de 3 centimètres, avait été enfoncé de 7 centimètres. Le second point était plus difficile à résoudre; toutefois, d'après les renseignements fournis par le malade sur la direction de l'instrument, au moment de l'accident, il y avait tout lieu de penser que le foie avait été blessé. D'autre part, comme nous ne trouvions pas de hernie viscérale entre les lèvres de la plaie, comme il ne s'écoulait aucune substance stomachale, aliment ou sécrétion, comme nous n'observions pas d'hémorrhagie gastrique ou intestinale (hématémèse ou melœna), nous pouvions écarter l'idée d'une plaie pénétrante de l'estomac ou de l'intestin. L'événement justifia notre diagnostic. Contre toute attente, le malade guérit en une quinzaine de jours, après avoir présenté les symptômes d'une péritonite circonscrite.

Les plaies de l'*avant-bras* et de la *main* sont surtout intéressantes, en raison des complications qui peuvent se produire du côté des muscles, des tendons, des gaines tendineuses, des vaisseaux et des nerfs.

Trois blessures de la partie inférieure de l'avant-bras et une blessure de la main, face palmaire, par éclat de verre, produisirent des accidents différents.

Dans l'observation XII, le tendon du cubital antérieur fut coupé si près de ses insertions au pisiforme, qu'il fut impossible de songer à en faire la suture. La guérison fut obtenue en douze jours.

Dans les observations XIII et XV, la complication principale fut la section de l'artère radio-palmaire qui donna lieu à des hémorrhagies abondantes. L'application de pinces hémostatiques mit fin à un écoulement sanguin que la compression n'aurait pas suffi à arrêter.

Dans l'observation XIV, le morceau de verre (tesson de bouteille) resta dans la plaie pendant six semaines. Les complications portèrent sur l'innervation. La motilité de la main était affaiblie, et la sensibilité abolie à la face palmaire de l'annulaire et de l'auriculaire et à la face dorsale du pouce et des premières phalanges de l'index et du médius. Nous fîmes l'extraction des corps étrangers et la plaie ne tarda pas à se fermer, mais les troubles nerveux persistèrent.

Dans les traumatismes produits par les instruments tranchants mus par la vapeur (scie et raboteuse mécanique), il est parfois facile de rapprocher les lèvres de la plaie soit à l'aide de sutures, soit à l'aide de bandelettes agglutinatives, en raison de la netteté de la section. La réunion par première intention est alors la règle, bien que parfois les désordres soient considérables et comportent le sacrifice d'une portion du membre.

Dans l'observation XVI, le malade porte des plaies multiples des mains et perd la troisième phalange du médius gauche. Guérison en un mois, environ.

Dans l'observation XVII, le patient en est quitte pour une plaie supeficielle très étendue de la paume de la main. Guérison en quinze jours.

Dans l'observation XIX, la scie mécanique tranche complètement la presque totalité de l'index et atteint les parties molles de l'annulaire. Nous sommes obligé de faire la désarticulation métacarpo-phalangienne de l'index. Guérison en vingt-deux jours.

Chez le malade de l'observation XX, une raboteuse méca-

nique ampute très nettement les extrémités de tous les orteils du pied gauche. Nous sommes obligé de tailler un lambeau comme pour l'opération de Lisfranc et d'amputer les métatarsiens dans leur continuité, en ayant soin de faire un moignon arrondi. Les suites de cette opération sont heureuses, et malgré un sphacèle partiel du lambeau, le malade guérit complètement en sept semaines.

A. — Face.

Obs. I. — *Plaies multiples de la face et de l'œil par éclats de vitre. Atrophie sans suppuration de l'œil gauche. Guérison.* — Hattier (Paul), quarante-trois ans, nettoyeur de carreaux, entre le 9 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 13.

Aucun antécédent, pas de syphilis. Un litre de vin par jour. Dans la journée tombe dans son escalier, et va passer la tête à travers un carreau.

État actuel. — Plaies longitudinales, peu profondes de la partie gauche de la face et du front, dirigées surtout obliquement en bas et en dehors. Elles semblent converger vers l'œil gauche ; la paupière inférieure et la supérieure sont incisées en plusieurs endroits, sans être détachées. La cornée porte deux plaies, l'une perpendiculaire, l'autre horizontale, toutes les deux en dedans de son méridien perpendiculaire, et se joignant à angle droit. L'exploration de l'œil est rendue difficile par la douleur ; on constate cependant que le cristallin est sorti dans la chambre antérieure.

Pansements à l'acide phénique et à l'alcool camphré après qu'on a rapproché les bords de la plaie avec du collodion, et enlevé quelques fragments de verre.

18 *mai.* — Les plaies sont presque toutes cicatrisées, excepté celles de la cornée, dont les bords sont écartés, d'aspect purulent chronique ; la chambre antérieure est trouble, comme infiltrée de pus.

Douleurs sus-orbitaires, et vers l'angle externe de l'œil.

L'œil, après avoir menacé de suppurer, s'atrophie et se réduit à moitié de volume en un moignon grisâtre.

10 *juin.* — Tout est cicatrisé. Il n'y a pas traces de troubles sympathiques du côté de l'œil sain. Le malade part pour Vincennes.

Obs. II. — *Plaie de la joue par un morceau de verre* (*Convalescence d'albuminurie*). *Guérison.* — Corriez (Louise), quarante-six ans, blanchisseuse, entre le 17 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. — L'année dernière cette femme a été traitée à Saint-Antoine (service de M. Hayem) pour une albuminurie, sans cause connue les

jambes avaient enflé, les paupières s'étaient œdématiées et la face était bouffie ; il y avait des douleurs de reins assez vives. Cette néphrite a été traitée par le régime lacté complet. Entrée à Saint-Antoine le 9 octobre 1881, elle en est sortie le 6 janvier 1882 : les jambes étaient encore un peu enflées, autour des malléoles.

État actuel. — Ce matin elle se blesse avec un carreau de vitre qui fait, sur la joue gauche, une plaie de 8 centimètres de longueur. L'hémorrhagie est assez abondante ; on place sur une artériole une pince hémostatique qui est laissée pendant trois heures, et la plaie est réunie par cinq points de suture.

Il y a encore de l'œdème des extrémités inférieures, mais pas d'albumine dans les urines. La malade est couverte de poux.

20 *février.* — On enlève les sutures. Réunion par première intention.

21. —Urines assez abondantes. Pas d'albumine; beaucoup de phosphates.

22. — Sortie.

B. — Cou.

Obs. II[r]. — *Plaie du cou par instrument tranchant. Abcès de voisinage. Bronchite suspecte. Guérison de la plaie.* — Roux (Michel), quarante et un ans, charpentier, entre le 3 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. Père mort à soixante-neuf ans, mère morte à cinquante-sept ans. Frères morts de convulsions en bas âge. Gourme étant jeune. Boit 1 litre de vin par jour. Pas de diathèses. Marié, deux enfants.

Douze jours avant l'entrée, ayant aidé un chauffeur, il fut exposé à une chaleur intense. puis se refroidit ensuite. Essaye de prendre un bouillon qu'il vomit; le lendemain frisson violent, pas de point de côté. Toux. Crachats filants aérés ; il est obligé de s'aliter, on applique un vésicatoire dans le dos. Tisane de bourrache.

La veille de l'entrée, délire le soir, cherche à se lever, sort de chez lui, va chez le marchand de vins, rentre chez lui, croit qu'on veut lui faire du mal, cherche à se noyer dans un seau, puis à se pendre, finalement se frappe au cou d'un couteau à petite lame.

Hémorrhagie assez abondante, on l'amène à l'hôpital.

État actuel. — Le délire n'est pas encore terminé. Plaie du cou commençant sur la ligne médiane au niveau de la saillie du cartilage thyroïde, et s'étendant à 3 centimètres à gauche transversalement. Profonde, béante, laissant voir la face gauche du thyroïde et s'enfonçant à gauche et en arrière.

Dysphagie. N'a pas craché de sang, parle distinctement.

Tousse beaucoup et remplit la moitié de son crachoir de crachats

blancs, spumeux, peu fluents, présentant par places une légère teinte brunâtre. Rien à la percussion. Auscultation : signes de bronchite. Pansement alcoolisé phéniqué. Injection dans la plaie. Potion de Tood. Potion d'extrait de quinquina.

18 *juillet.* — La bronchite dure toujours, mais s'est un peu améliorée : tisane de bourgeons de sapin.

A la région claviculaire droite, à 3 travers de doigt de la plaie, sans que rien semble l'y rattacher, il s'est formé ces jours-ci un abcès du volume d'un œuf de poule. La pression ne fait rien sortir par la plaie. Une incision donne issue au pus. Drainage.

19. — Le malade dort peu ; toujours un peu de fièvre le soir, 1 pilule opium.

10 *août.* — Le malade ne se relève pas, tousse toujours et crache beaucoup. Il est faible, bien que la plaie soit presque entièrement fermée.

A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons, marqués surtout vers le milieu du poumon droit. Craquements rares à ce niveau et au sommet droit. Au même point, diminution de la sonorité. Les crachats très abondants sont grumeux et rayés de quelques filets purulents. Pas d'hémoptysies. Vésicatoire à droite. Deux cuillerées de sirop de morphine le soir. Sous l'influence de cette médication et des toniques, amélioration notable, les jours suivants. Sommeil meilleur, toux moins fréquente.

Appétit toujours languissant, faiblesse assez grande. La fièvre hectique est moins marquée, mais continue néanmoins. Part pour Vincennes le 20 août.

La plaie du cou est guérie.

C. — Thorax.

Obs. IV. — *Plaie non pénétrante de poitrine par un couteau de poche. Occlusion avec de la baudruche collodionnée. Guérison.* — Collin (Édouard), cinquante ans, employé de commerce, entre le 5 août 1882, n° 30, salle Sainte-Marthe.

Hier, un malfaiteur lui a porté dans la poitrine un coup de couteau de poche.

Le coup a été dévié par le portefeuille du blessé.

État actuel. — La plaie, située au niveau de la partie moyenne de la sixième côte gauche, est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, et mesure 2 centimètres. Bords réguliers. L'écoulement de sang a été abondant ; douleurs vives dans les mouvements du thorax. La plaie ne communique pas avec la cavité thoracique ; le couteau a rencontré l'os et a glissé dessus. Fièvre. Occlusion avec de la baudruche collodionnée. Repos au lit.

Pas de complications.

14 août. — Guérison. Sortie.

Obs. V. — *Plaie non pénétrante de poitrine par un coup de ciseau. Occlusion avec de la baudruche collodionnée. Guérison.* — Jaget (Théophile), quarante-cinq ans, menuisier, entre le 2 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 8.

Dans une querelle, il a reçu un coup de ciseau à lame étroite dans la poitrine.

État actuel. — Au niveau de la sixième côte droite, sur le trajet d'une ligne verticale qui, partant du creux axillaire, viendrait aboutir à l'épine iliaque antérieure et supérieure, existe une plaie linéaire, à bords réguliers, de 2 centimètres. Elle a abondamment saigné au dire du malade, mais actuellement l'hémorrhagie est arrêtée. L'instrument vulnérant n'a point pénétré dans la poitrine; il a glissé sur la côte, obliquement d'avant en arrière. Une sonde cannelée introduite dans la plaie s'engage dans les téguments, à une distance de 4 centimètres.

Le malade souffre peu, et à l'examen de la poitrine nous ne trouvons absolument rien d'anormal. Nous faisons séance tenante l'occlusion avec de la baudruche enduite de collodion.

Pas de complications. Réunion par première intention.

13 septembre. — Sortie.

Obs. VI. — *Plaie non pénétrante de poitrine, par instrument tranchant. Guérison.* — Dantzer (Paul), trente-cinq ans, entre le 29 janvier 1883, salle Sainte-Marthe, n° 18. Dans une rixe, il a reçu un coup de couteau dans le sixième espace intercostal droit, à 8 centimètres en dehors du mamelon. Hémorrhagie très peu abondante. Douleurs très légères.

État actuel. — Plaie superficielle, n'intéressant que la peau et les muscles intercostaux. Elle est linéaire et mesure 1 centimètre 1/2. Léger mouvement fébrile. Pas de toux; absence de crachats.

A l'auscultation rien d'anormal. A la percussion, matité très limitée. Pas de dyspnée. Mais quand le malade respire, la plaie le fait souffrir.

Occlusion à l'aide de bandelettes collodionnées. Repos au lit.

Pas de complications. Réunion par première intention.

11 février. — Sortie.

Obs. VII. — *Plaie pénétrante de poitrine par instrument tranchant. Pleuro-pneumonie traumatique. Guérison.* — Pacot (Marie), vingt ans, brunisseuse, entre le 30 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Bonne santé habituelle.

Deux heures avant son entrée à l'hôpital, plaie de poitrine produite par un canif.

État actuel. — La plaie siège dans le troisième espace intercostal

gauche à la partie antérieure de la poitrine sur une ligne qui relierait le sternum à l'origine antérieure de l'aisselle. Hémorrhagie assez abondante. Pas d'hémoptysie. Oppression considérable. Emphysème pulmonaire et sous-cutané. La plaie est pénétrante et intéresse le poumon. Pansement par occlusion.

3 *mai*. — Depuis 2 jours, dypsnée, toux, crachats pathognomoniques d'une pneumonie lobaire. Invasion de la maladie sans frisson, sans fièvre, sans point de côté.

A la percussion, matité du poumon gauche en arrière. A l'auscultation, souffle généralisé aux deux tiers supérieurs de l'organe, et petit foyer de râles crépitants dans la zone supérieure. La pneumonie est donc nette. État général médiocre. Pas d'appétit.

Lait. Julep kermès. Ext. thébaïque 5 centigrammes.

4. — Les signes de la pneumonie sont plus accusés; vésicatoire de la largeur de la main sur le poumon gauche.

5. — Amélioration notable. La dyspnée a bien diminué, et la malade ressent un peu d'appétit.

6. — La malade repose bien. La nuit a été calme ; pas de fièvre. Les signes de la pneumonie s'atténuent.

12. — Atténuation des phénomènes pneumoniques. On constate au contraire actuellement de la pleurésie. Épanchement assez vaste dans la poitrine révélé par l'absence de murmure respiratoire, la matité et une égophonie marquée. Dyspnée peu prononcée; T. = 38°. Soif assez grande.

13. — Application d'un vésicatoire.

15. — Amélioration sensible des phénomènes pleurétiques. La malade respire bien mieux, et l'appétit revient.

18. — Persistance de l'amélioration. Le murmure vésiculaire se perçoit bien et la malade respire bien.

État général très satisfaisant. L'appétit est revenu. la physionomie a pris un aspect rassurant. La plaie de poitrine est entièrement cicatrisée.

La malade passe une quinzaine de jours au Châlet afin d'achever sa convalescence.

30. — La malade quitte l'hôpital guérie.

Obs. VIII. — *Plaie pénétrante de poitrine (région dorsale) par instrument tranchant. Pleurésie traumatique. Guérison.* — Dreyfus, vingt ans, entre le 29 janvier 1882, salle Sainte-Marhe, n° 22. Fièvre typhoïde en 1872.

État actuel. — Est amené à l'hôpital pour une plaie de poitrine produite par un coup de couteau. Cette plaie est située dans le dos, à 6 centimètres en dehors de la ligne dorsale et correspond au dixième espace intercostal; elle mesure 1 centimètre, est oblique, et a donné lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang. Pas d'hémoptysie.

Depuis l'accident, dyspnée. A l'auscultation, souffle à gauche dans le sommet de la poitrine ; le murmure respiratoire a disparu en bas. La percussion dénote une matité assez étendue.

Pansement de la plaie par occlusion avec baudruche et collodion.

30 *janvier*. — Nuit paisible. Dyspnée : il a de la peine à s'asseoir sur son séant pour être ausculté.] Épanchement du côté gauche, révélé par de la matité, du souffle, et de la diminution des vibrations thoraciques. Rien de nouveau du côté de la plaie.

2 *février*. — Application de 6 ventouses scarifiées du côté gauche. Amélioration sensible. Dyspnée encore grande. Lait, bouillon, potage. Sommeil excellent.

3. — Le malade continue à aller mieux, malgré la persistance des signes de la pleurésie : 2 verres d'eau de Sedlitz. Sirop de morphine.

6. — La maladie ne s'amende pas. Ce malade, excessivement imprudent, reste presque toute la journée à moitié découvert. Recrudescence de la pleurésie. L'épanchement est énorme et occupe presque toute l'étendue de la plèvre ; les signes stéthoscopiques sont à leur maximum : souffle qui part de la région axillaire et s'étend sur une grande partie du poumon malade. Absence complète de vibrations thoraciques. Égophonie marquée, dyspnée intense. Facies vultueux. Vésicatoire, piqûre de morphine. Le lendemain de l'application de ce vésicatoire, le malade se trouve un peu soulagé. Purgatif.

15. — Le souffle persiste ; second vésicatoire et julep morphiné.

16. — Le malade se trouve réellement mieux. Sueurs abondantes. La langue se nettoie. La dyspnée a bien diminué. Lait, bouillon, potages.

Quant à la plaie du dos, elle est presque fermée. Un pansement par occlusion la maintient toujours à l'abri de l'air.

25. — Malgré l'amélioration très notable, certains signes de pleurésie persistent : le murmure respiratoire est encore voilé, surtout inférieurement ; de plus, les vibrations thoraciques sont encore peu prononcées.

5 *mars*. — État général meilleur. L'appétit revient ; sueurs la nuit.

15. — La plaie de poitrine est complètement fermée. Le malade accuse encore de temps à autre quelques points de côté erratiques du côté gauche.

20. — Le malade circule dans la salle, et mange avec appétit. Ressent seulement de la faiblesse.

25. — Le malade quitte l'hôpital. A son départ persistent seulement quelques frottements à la base du poumon gauche. Le murmure respiratoire s'entend bien dans toute la poitrine. Guérison.

Obs. IX. — *Plaie du cœur par instrument tranchant. Section de l'artère mammaire interne. Hémopéricarde. Mort. Autopsie.* — Pougari (Auguste), trente ans, cordonnier, s'est donné le 18 mars 1881 un coup de tranchet dans la région du cœur.

Il a été amené à l'hôpital à 3 heures de l'après-midi. Il est mort à 4 heures après avoir présenté des phénomènes de dyspnée intense.

Autopsie. — Au bord gauche du sternum dans le cinquième espace, à 3 centimètres et demi de la ligne médiane, existe une plaie oblique en dehors, en bas et à gauche, longue de un centimètre et demi et dont les bords s'écartent de un demi-centimètre. Cette plaie a divisé le cartilage de la cinquième côte. Il y a du sang épanché dans le médiastin antérieur et infiltré au loin ; tout le tissu cellulaire prépéricardique en est rempli.

Le péricarde est rempli de sang. La quantité est évaluée à 150 ou 200 grammes. Il forme caillot, entoure le cœur, et remonte jusqu'à sa base autour des gros vaisseaux.

Le cœur est blessé au bord droit du sillon antérieur, il est ratatiné; le ventricule droit surtout est aplati. La plaie qu'il porte, toute petite, a à peine trois quarts de centimètre et pénètre dans le ventricule droit.

La distension du péricarde par le sang aurait pu être expliquée par la blessure du ventricule droit, mais cette lésion rendait moins bien compte de l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire prépéricardique.

Les vaisseaux mammaires internes étant alors disséqués, on voit qu'ils ont été très nettement coupés en travers par le tranchet.

D. — Abdomen.

Obs. X. — *Plaie superficielle de la paroi abdominale, par instrument tranchant. Guérison.* — Cambournac (Clément), vingt-six ans, charretier, entre le 22 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Dans une rixe, il a reçu un coup de couteau dans la paroi abdominale, côté droit. L'instrument n'a intéressé que la peau et le tissu cellulaire dans une petite étendue. Légère hémorrhagie.

Pansement phéniqué. Repos.

Pas d'accident.

25 *mai.* — La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Sortie.

Obs. XI. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant. Péritonite circonscrite. Guérison.* — Girardot (Louis), trente-six ans, marchand de vins, entre le 27 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 70. Ce malade vient de recevoir un coup de couteau de cuisine que l'on nous présente. La lame, large de 3 centimètres, a pénétré de 7 centi-

mètres dans la région épigastrique, à 4 centimètres au-dessous et à 2 centimètres en dehors de l'appendice xiphoïde.

Autant que l'on en peut juger par les renseignements qu'il nous donne, ce coup a été porté de bas en haut et un peu de gauche à droite et à dû atteindre le foie.

État actuel. — La plaie saigne abondamment; le pouls est petit, la face pâle et anxieuse, les mouvements extrêmement douloureux.

Nous lavons la plaie avec une forte solution phéniquée. Pansement par occlusion avec baudruche, collodion. Opium. — Régime lacté. — Glace en permanence sur l'abdomen.

28 *juin.* — Le matin, prostration considérable; le malade ne peut respirer. Pâleur des téguments, douleur abdominale.

La poitrine est couverte de ventouses sèches. Mêmes prescriptions que la veille.

Le soir la température s'est élevée de 2 degrés, la face est grippée, le pouls petit, filiforme. T M = 36°4. S = 38°4.

29 et 30. — La température oscille entre 37°8 et 38°6.

1[er] *juillet.* — Péritonite évidente, ventre ballonné. Langue sèche. Un peu de subdélirium. Pouls très petit et assez fréquent. Douleur très vive à la pression de l'abdomen.

Les mêmes prescriptions sont continuées. La plaie ne présente rien de particulier. T M = 37°4. S = 37°6.

2. — Détente, le malade a un peu d'appétit. Il se déclare mieux portant. Enfin, le facies est plus satisfaisant, la température tombe à la normale. Nous le tenons néanmoins toujours au lit et au régime lacté.

7. — Température normale. Appétit. État général satisfaisant; nous permettons au malade de se lever quelques instants.

13. — Le malade sort sur sa demande; il est d'ailleurs à peu près revenu à l'état normal.

E. — Membre supérieur.

Obs. XII. — *Plaie de la partie inférieure de l'avant-bras, par éclat de verre. Guérison.* — Hareng (Rose), trente-trois ans, polisseuse, entre le 18 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis*. Elle s'est blessée quelques instants avant son entrée à l'hôpital, avec un éclat de verre.

État actuel. — Plaie de la région inférieure de l'avant-bras, oblique en bas et en dedans, de sorte que l'extrémité inférieure aboutit à la partie interne du pli du poignet. Cette plaie a donné et donne beaucoup de sang en nappe, mais il n'y a pas de jet.

Pendant qu'on déshabille la malade, nous appliquons au-dessus de la plaie une bande élastique qui arrête l'hémorrhagie. Quand nous enlevons la bande, au bout de trois ou quatre minutes, le sang a cessé

de couler. Au fond de la plaie et au niveau de sa lèvre supérieure, on aperçoit un tendon plat, coupé un peu obliquement et qui est évidemment celui du *cubital antérieur*. On aperçoit très bas, sous la lèvre inférieure de la solution de continuité, l'autre extrémité coupée si près de l'insertion au pisiforme, qu'il serait impossible de la suturer au bout supérieur.

L'hémorrhagie ne se reproduisant pas, une rondelle d'amadou est appliquée sur la plaie, et, par-dessus, de la ouate et un pansement compressif. La main est élevée sur un coussin.

Pendant la nuit, délire alcoolique : la malade défait deux fois son pansement, et l'hémorrhagie se reproduit un peu, mais on l'arrête facilement.

Pansement phéniqué.

Exeat le 20 janvier. La plaie est en bonne voie et la malade viendra se faire panser tous les jours à l'hôpital.

Guérison complète en douze jours.

Obs. XIII. — *Plaie de l'avant-bras par éclat de verre compliquée d'hémorrhagie de l'artère radio-palmaire. Pincement. Guérison.* — Lailler (Célestine), quarante-neuf ans, journalière, entrée le 8 mars 1882, salle Sainte-Marthe, 54 *bis*. Cette femme vient à la consultation pour une plaie de la partie inférieure de l'avant-bras produite par un morceau de verre. On la panse; mais, à peine sortie de l'hôpital, il survient une hémorrhagie; on défait le pansement; le sang ne coule plus. Rondelles d'amadou, ouate, pansement compressif. Immédiatement après ce pansement nouvelle hémorrhagie. La malade entre alors dans nos salles.

État actuel. — La plaie occupe la partie inférieure et externe de l'avant-bras gauche et croise la direction de la radiale; le sang coule assez abondamment, mais sans jet et paraît venir des parties profondes. On débride un peu en haut et en bas, et on tombe sur une petite artère qui est saisie avec une pince hémostatique qu'on laisse en place. L'hémorrhagie s'arrête. — Pansement phéniqué et ouaté.

9 *mars*. — Le matin, en faisant le pansement, on enlève la pince hémostatique laissée en place la veille; mais l'hémorrhagie se reproduisant moins abondante, il est vrai, qu'hier, on replace la pince qui est laissée jusqu'au lendemain.

10. — Il n'y a plus d'écoulement sanguin.

Exeat. La malade vient se faire panser chaque matin.

Pas de complications ultérieures.

Guérison de la plaie en dix jours.

Obs. XIV. — *Plaie transversale de la face palmaire du poignet gauche. Extraction d'un morceau de verre six semaines après l'accident. Paralysies partielles des nerfs radiaux et cubitaux. Guérison.* — Rouget (Pierre), cinquante-six ans, journalier, entre le 21 avril 1882,

salle Sainte-Marthe, n° 33. Le 9 avril, le malade tombe sur un tesson de bouteille et se fait une plaie au poignet. Il paraîtrait que le sang serait sorti en jet et qu'un médecin appelé aurait fait une ligature.

État actuel. — La plaie occupe la face antérieure du poignet gauche; elle a une direction transversale et est située à 1 centimètre au-dessous du sillon du poignet. Des bourgeons occupent toute l'étendue de la plaie dont la lèvre supérieure est un peu tuméfiée.

La motilité est diminuée dans la main, mais elle n'est anéantie nulle part. Quant à la sensibilité, elle est abolie à la face palmaire sur toute l'étendue de l'éminence hypothénar et sur toute l'étendue de l'annulaire et de l'auriculaire; à la face dorsale, sur toute l'étendue du pouce et sur les premières phalanges de l'index et du médius.

Du 21 avril au 19 mai, la plaie diminue considérablement; toutefois, le malade sent toujours des élancements, comme une sensation de piqûre, et de plus il reste toujours une partie de plaie qui ne se cicatrise pas et qui bourgeonne comme le ferait un orifice fistuleux. Les bords de la plaie s'empâtent; du pus en assez grande quantité sort à la pression.

Le 18 mai, un stylet dans l'orifice arrive sur un corps étranger qui paraît être un morceau de verre.

Le 19, après anesthésie et élargissement de la plaie nous retirons un morceau de verre de 3 centimètres de côté.

21. — La plaie va très bien, très peu de suppuration.

Le malade sort le 25. Guérison de la plaie. Les troubles nerveux persistent.

Obs. XV. — *Plaie de la main par un éclat de verre. Hémorrhagie. Pincement. Guérison.* — Moreau (Adolphe), trente-sept ans, boucheur à l'émeri, entre le 17 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Plaie de la face palmaire de l'éminence thénar gauche produite par un verre de vitre, oblique en bas et en dehors, longue de 4 centimètres, peu profonde, donnant beaucoup de sang par l'extrémité supérieure. La radio-palmaire est intéressée. Pince hémostatique sur le bout inférieur. L'hémorrhagie s'arrête. Pansement ouaté, légèrement compressif. La pince est enlevée trois heures après. L'hémorrhagie ne se reproduit plus, et le malade quitte l'hôpital le lendemain matin. Reviendra pour se faire panser.

Nous revoyons le malade trois jours après l'accident, et la réunion est en voie d'être complète. Nouveau pansement.

Obs. XVI. — *Plaie de la paume de la main par un instrument tranchant. Pansement phéniqué. Guérison.* — Michaud (Ernest), dix-huit ans, serrurier, entre le 24 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. En travaillant il s'est fait une blessure avec un ciseau.

État actuel. — A la face palmaire de la main droite, plaie régulière étendue de l'éminence hypothénar à la racine de l'index. Elle

mesure 5 centimètres et n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Au fond de la plaie on reconnaît à son aspect blanc nacré l'aponévrose palmaire qui n'est aucunement intéressée. Fourmillements dans tous les doigts, mais surtout dans l'auriculaire. Aucun autre signe pouvant faire supposer que des nerfs aient été atteints. Les mouvements et la sensibilité sont conservés.

Douleurs vives, fièvre, perte de l'appétit. On applique sur la plaie de la tarlatane imbibée d'eau phéniquée, et on recouvre le tout d'une forte couche d'ouate.

25 *avril.* — Langue sale, toujours un peu de fièvre ; deux verres d'eau de Sedlitz.

27. — La plaie est belle. État fébrile disparu. L'appétit renaît.

30. — La plaie commence à se cicatriser. Même pansement.

11 *mai.* — Guérison complète. Sortie.

Obs. XVII. — *Plaies cutanées des deux mains et ablation de la troisième phalange du médius par une scie à vapeur.* — Laposte (Jean), quarante-huit ans, journalier, entre le 24 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. Le jour même, blessé par une scie à vapeur.

État actuel. Main droite. — Plaie transversale de la face dorsale, allant de la racine du pouce à la partie supérieure du quatrième métacarpien. Nous réunissons cette plaie avec des points de suture métallique.

Main gauche : lésions multiples : *Medius :* troisième phalange enlevée. *Indicateur :* plaie au niveau de la face antérieure de la première phalange, n'intéressant pas les tendons. *Annulaire :* plaie au niveau de la partie externe de la troisième phalange. En outre, plaie longitudinale de la paume de la main ayant 5 centimètres de longueur.

Réunion de toutes les plaies de la main gauche avec des bandelettes de diachylon formant une sorte de cuirasse autour de la main.

30 *avril.* — On enlève les points de suture de la main droite. Pansement au vin aromatique.

Les plaies de la main gauche qui sont restées six jours sous le diachylon sont considérablement améliorées ; même pansement.

8 *mai.* — La plaie de la main droite est complètement cicatrisée. Il en est de même de la face palmaire de la main gauche. On continue les bandelettes de diachylon sur les plaies des doigts.

13. — Les plaies des doigts sont cicatrisées, sauf celle du médius. Il reste beaucoup de raideur dans les doigts de la main gauche.

27. — La plaie du médius gauche est en grande partie cicatrisée. Cautérisation au nitrate d'argent. Bandelettes de diachylon. Le malade demande à sortir.

Obs. XVIII. — *Plaie de la paume de la main par une scie mécanique. Pansement phéniqué. Guérison.* — Wagner (Paul), vingt-six ans, scieur

de ong, entre le 15 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. Il vient d'avoir la main atteinte par une scie mécanique.

État actuel. — A la face palmaire de la main droite, plaie curviligne, partant du milieu du premier métacarpien, traversant la partie médiane de l'éminence thénar et se recourbant dans la paume de la main pour se terminer au tiers supérieur du muscle palmaire cutané.

La peau et l'aponévrose sont à nu sur l'éminence thénar, où l'on voit les muscles. Dans la paume de la main, la peau seule est divisée et sa section permet de reconnaître l'aponévrose palmaire.

Il n'y a pas de vaisseaux ni de nerfs importants intéressés.

Pansement avec des compresses d'eau phéniquée, et forte couche de ouate.

Immobilisation au moyen d'une écharpe.

20 *juillet.* — On affronte les bords de la plaie et on les maintient rapprochés à l'aide de bandelettes collodionnées.

Pansement simple phéniqué.

25. — La plaie commence à se couvrir de bourgeons charnus.

28 *juillet.* — Le malade sort presque complètement guéri.

Obs. XIX. — *Plaie du médius et de l'annulaire de la main droite. Section des deux dernières phalanges de l'index de la même main par une scie mécanique. Conservation des deux doigts. Amputation de la première phalange. Pansement phéniqué. Guérison.* — Dulot (Henri), dix-neuf ans, découpeur, entre le 2 août 1882, salle Saint-Augustin, n° 8.

Il vient d'avoir les doigts saisis par une scie mécanique mue par un cheval.

État actuel. — Les deux dernières phalanges de l'index et une petite partie de la première ont été tranchées d'un coup. Les parties molles de l'annulaire et du médius ont été seules atteintes ; les os sont intacts.

Il y a eu écoulement de sang abondant et perte de connaissance. On place sa main sur une planchette et on l'immobilise au moyen de bandelettes de diachylon ; puis on y applique des compresses d'eau froide souvent renouvelées. Fièvre.

4 *août.* — Nous faisons l'amputation de l'index, qui serait plus nuisible qu'utile, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Réunion de la plaie au moyen de quatre points de suture. Pansement phéniqué.

13. — Des bourgeons charnus apparaissent à la surface des plaies. Même pansement.

23. — Cicatrisation complète.

24. — Sortie.

F. — Membre inférieur.

Obs. XX. — *Plaie de la plante du pied par une raboteuse mécanique. Amputation des métatarsiens dans la continuité. Guérison.* — Laloi (Alphonse), vingt-neuf ans, scieur, entre le 9 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 4. Aucun antécédent héréditaire. Bonne santé habituelle.

Une heure avant son entrée, il a eu le pied gauche pris par une raboteuse mécanique qui lui a enlevé l'extrémité de tous les orteils, leur face plantaire et un lambeau du bourrelet antérieur de la plante du pied ayant environ 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur. La section est nette, l'hémorrhagie abondante. On voit les artères collatérales des orteils obturées par un caillot, battre à l'extrémité de chaque moignon. Quelques-unes donnent; on les prend dans des pinces qu'on laisse à demeure. Peu de douleur. Pansement alcoolisé phéniqué.

10 *février*. — On enlève les pinces. Pansement.

19. — *Chloroforme*. — On taille des lambeaux comme pour l'amputation de Lisfranc, en commençant néanmoins en avant de la ligne d'opération ordinaire. Après leur dissection, les métatarsiens sont réséqués au moyen du polytritome dans leur continuité, le premier et le cinquième vers leur tiers postérieur, les autres un peu plus en avant, de façon à produire un moignon arrondi. On lie le tronc commun des collatérales des premier et deuxième orteils et trois autres branches de l'arcade plantaire; les autres artérioles sont simplement pincées pendant quelques minutes; un drain est mis au fond de la plaie et les lambeaux réunis par onze points de suture.

Le soir douleurs très vives, crampes dans le pied, plaintes continuelles. Chloral 3 grammes en trois fois à une demi-heure d'intervalle.

20. — Nuit calme, pansement alcoolisé, plus de crampes, douleurs toujours vives. 2 grammes de chloral.

21. — Mieux sensible; le malade mange de bon appétit.

22. — Nuit bonne; on ôte la moitié des sutures, pansement, injection dans le drain.

24. — On enlève le reste des sutures, qui sont remplacées par des bandelettes collodionnées. La réunion immédiate des lèvres de la plaie ne s'est pas faite vers le milieu; les bords, à ce niveau, se sont légèrement sphacélés. État général satisfaisant.

25. — Douleurs assez vives dues à des mouvements du malade dans son lit; peu de sommeil la nuit précédente; bon état local.

3 *mars*. — La réunion se fait bien, l'état local et l'état général sont satisfaisants. Tous les matins pansements et injections.

20. — Part pour Vincennes avec de très petits points suppurants.

30. — Revient avec une ulcération de la région moyenne de la cicatrice d'une étendue de 2 centimètres environ. Il reste trois jours dans la salle, puis sort avec un soulier spécial.

Nous le revoyons le 20 avril, il peut marcher facilement avec son brodequin.

§ II

PIQURES.

Trois observations. Les instruments vulnérants furent : un crochet à viande, un clou, un poinçon.

Les plaies portaient sur la main ou les doigts, étaient insignifiantes par elles-mêmes, et donnèrent néanmoins lieu à des complications sérieuses du côté du système lymphatique, complications qui nous paraissent devoir être attribuées plutôt à la malpropreté des corps vulnérants qu'à leur forme.

Chez le premier malade, la piqûre de la paume de la main devint le point de départ d'une lymphangite de l'avant-bras et d'une adénite axillaire. Des cataplasmes enduits d'onguent mercuriel, des manuluves, l'immobilisation et l'élévation du membre, procurèrent la guérison, sans suppuration, au bout de quinze jours.

Chez le second malade, employé à l'hôpital, une piqûre de la main, entre l'index et l'annulaire, avec un clou imprégné de potasse à laver, donne naissance à une lymphangite de l'avant-bras et du bras, avec engorgement des ganglions sus-épithrochléens et axillaires. Traitement analogue. Moins heureux que le précédent, le patient voit se développer un foyer phlegmoneux superficiel et limité à la face externe du bras, que nous sommes obligé d'ouvrir avec le bistouri.

Un autre fait important, qui se retrouvera dans d'autres observations, c'est le *rappel de diathèse* produit par le traumatisme. Le malade avait eu les fièvres paludéennes au Sénégal, six ans auparavant. Les accès intermittents reparurent à la suite de sa blessure et pendant le cours de la lymphangite. Ces accès cédèrent d'ailleurs à l'emploi du sulfate

de quinine. La guérison complète fut obtenue, chez ce malade, en douze jours.

Chez le troisième malade, piqûre du médius par un poinçon, nous observons de même une lymphangite qui devient le point de départ d'un phlegmon de l'avant-bras. Débridement et drainage. Guérison en vingt-huit jours.

Nous avons reporté au chapitre des fractures un enfoncement du sinus frontal par un coup-de-poing américain à pointes d'acier, agent à la fois piquant et contondant.

Obs. XXI. — *Piqûre de la main avec un crochet à viande. Lymphangite et adénite consécutives. Cataplasmes. Guérison.* — Taillardy (Auguste), vingt-sept ans, garçon boucher, entre le 20 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 12.

Il y a cinq jours, en accrochant de la viande, il s'est piqué avec le crochet. La piqûre s'est enflammée et est devenue douloureuse.

État actuel. — L'inflammation a gagné presque toute la main. Traînée rougeâtre sur tout l'avant-bras. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés et douloureux.

Mouvement fébrile. État saburral. Potion opiacée. Eau de Sedlitz.

Cataplasmes avec onguent mercuriel; manuluves avec l'eau de guimauve. Bras immobilisé dans l'élévation.

Quinze jours après, guérison complète.

9 *avril.* — Sortie.

Obs. XXII. — *Piqûre des doigts avec un clou. Lymphangite et abcès consécutifs. Guérison.* — Lelay (Émile), vingt-neuf ans, entre le 9 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 8. Ce malade, qui est employé dans la maison, se pique à la racine des doigts, entre le médius et l'annulaire, avec un clou imprégné de potasse à laver. La plaie, assez superficielle cependant, devient vite douloureuse et s'accompagne de traînées rouges le long de l'avant-bras et du bras avec engorgements ganglionnaires sus-épitrochléens, et axillaires. En même temps, le malade, qui a eu d'ailleurs en 1875, au Sénégal, la fièvre paludéenne, est pris d'accidents fébriles continus, mais particulièrement intenses pendant la nuit.

Il vient nous consulter dès le lendemain de son accident, 8 mai. Nous prescrivons un bain émollient, des cataplasmes sur les régions malades, enfin, tant pour éviter le réveil de la diathèse que pour prévenir les accidents infectieux eux-mêmes, 1 gramme de sulfate de quinine à prendre en cinq paquets.

Le 9 *mai.* — Il y a un peu d'amélioration, mais le malade occu-

pant seul une chambre isolée dans la maison, nous le recevons dans notre service. Même prescription que la veille.

12. — L'état local s'amende, et même, de tous les accidents primitifs il ne reste plus qu'un peu de lymphangite au niveau de la face externe du bras. Seulement cette lymphangite paraît assez tenace et pourrait bien devenir le point de départ d'un peu de suppuration, d'un petit phlegmon circonscrit très superficiel. Moins intense que les jours précédents, la fièvre persiste néanmoins, surtout forte pendant la nuit.

Nous continuons les mêmes prescriptions.

14. — 1 gramme, de sulfate de quinine, immédiatement après l'accès, et 50 centigrammes au commencement du suivant.

Le petit abcès est formé et ouvert. Le bras est encore engourdi et maladroit.

18. — Tout état fébrile est suprimé. La lymphangite est également en partie disparue. Il ne reste qu'un peu de tuméfaction ganglionnaire.

21. — Le malade quitte le service complètement guéri.

Obs. XXIII. — *Piqûre du médius avec un poinçon. Phlegmon diffus consécutif de la main et de l'avant-bras. Incision. Drainage. Guérison.* — Poivrel (Arthur), trente et un ans, serrurier, entre le 5 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Il y a quatre jours, il s'est enfoncé la pointe d'un poinçon dans la pulpe du médius. L'instrument n'a pénétré que de 3 millimètres. Il continua son travail. La nuit et le lendemain matin, rien de particulier, mais dans l'après-midi, douleur aiguë, gonflement et rougeur du bout du doigt. Ces phénomènes s'accentuent. Insomnie. Le lendemain matin tuméfaction de tout le doigt et d'une partie de la main. Impossibilité de travailler.

Enfin le quatrième jour, la tuméfaction et les douleurs s'étant accrues, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Le malade est pâle, les yeux excavés. Il ne dort pas depuis trois nuits et n'a mangé que quelques potages. Fièvre. T. A. = 38°9 le matin ; pouls rapide, peau chaude, respiration précipitée.

Du côté du doigt médius, on voit une petite plaie de 2 millimètres à peine de diamètre produite par le poinçon. Gonflement de la main et de tout l'avant-bras. Lymphangite. Chaleur des téguments. Douleurs vives à la pression. Pas de fluctuation.

Cataplasmes, bains locaux. Pilules d'opium de 50 centigrammes. Pendant huit jours la fièvre persiste, la température varie de 38°4 à 38°9. Le gonflement reste limité à l'avant-bras.

Le neuvième jour, la fluctuation est manifeste à la face antérieure de l'avant-bras. Le malade souffre moins, la température est tombée à 38°.

14 *octobre.* — Incision et passage d'un drain. Cataplasmes. Bains locaux.

Jusqu'au 20 octobre, l'amélioration est peu sensible, mais à partir de ce moment la guérison marche vite, et vingt-huit jours après son entrée, le malade sort complètement guéri.

§ III

CONTUSIONS ET PLAIES CONTUSES.

Contusions 29 cas, plaies contuses 34.

CAUSES.

Les causes des contusions et des plaies contuses sont sensiblement les mêmes. On peut les classer chez nos malades de la façon suivante :

A. Chutes de hauteur d'homme, sans fardeau et sans impulsion.
— — avec fardeau et sans impulsion.
— — sans fardeau, avec impulsion.
— — avec fardeau, avec impulsion, sans écrasement.
— — et avec écrasement.
Chutes d'un lieu élevé, sans fardeau et sans impulsion.
— — avec fardeau et sans impulsion.

B. Pression entre deux mobiles progressant en sens inverse.
— un mobile et un plan résistant.
Écrasements dans des engrenages.
Mécanisme particulier : malade pris par une poulie, enlevé du sol, et heurté aux objets environnants.

C. Coups : agent vulnérant inconnu.
— de poing.
— de pied d'homme.
— de pied de cheval.
— de corne de taureau.
— de balançoire.
— de canne plombée.

SIÈGE DES CONTUSIONS.

Il y a eu des contusions multiples, dans les chutes d'un lieu élevé.

Les régions contusionnées ont été, dans les autres cas :

Les paupières	1	cas.
La région malaire	1	—
Le thorax	2	—
L'abdomen	2	—
Les lombes	2	—
L'épaule	5	—
L'avant-bras	2	—
La cuisse	6	—
La jambe	3	—
Le pied	5	—

ACCIDENTS PRIMITIFS DES CONTUSIONS.

(a) *Perte de connaissance*, de plusieurs heures, 3 cas. — (Coup de pied d'homme dans l'hypochondre droit. — Renversement par un cheval et écrasement de la cuisse, sous le corps de l'animal. — Coup de pied de cheval, sur le dos du pied.)

(b) *Hémoptysie*, 1 cas. — (Contusion du thorax, dans une chute de 2 mètres, avec un sac de charbon.)

COMPLICATIONS DES CONTUSIONS.

(a) *Contracture des muscles innervés par le cubital*. C. de l'avant-bras.

(b) *Epanchements séreux ou sanguins*. Plusieurs cas.

(c) *Hématome traumatique*. Chute sur la région malaire. On trouvera, aux paragraphes *Œil* et *Oreille*, deux autres cas d'hématome traumatique.

(d) *Pneumonie traumatique*. C. du thorax, chez le malade qui avait eu une hémorrhagie.

(e) *Péritonite traumatique avec épanchement sanguin dans l'abdomen*. Coup de pied de cheval dans l'abdomen.

(f) *Mélæna*. Chute dans le canal Saint-Martin, de la hauteur de 6 mètres, sur une couche d'eau de 60 centimètres.

(g) *Dysurie*. Contusion du bas-ventre.

(h) *Synovite sous-scapulaire*. Chute sur l'épaule.

(i) *Abcès*. Contusion de l'épaule, de la cuisse, du pied.

(j) *Sphacèle* limité de la peau. Contusion du membre inférieur. Le même malade eut un *érysipèle* de la face (plaie frontale).
(k) *Rhumatisme articulaire.* Contusion du pied.

Signalons, en outre, qu'un malade atteint de blennorrhagie vit se développer, à la suite d'une contusion de la hanche, une *synovite blennorrhagique* autour du tendon du biceps fémoral (insertion inférieure du muscle).

Malgré la gravité de la plupart de ces complications, tous les malades guérirent à l'aide de traitements appropriés.

SIÈGE DES PLAIES CONTUSES.

Le cuir chevelu.............	3 cas.
La région temporale.........	1 —
Le front....................	2 —
Le sourcil..................	1 —
La paupière.................	1 —
La lèvre supérieure.........	1 —
Le cou......................	1 —
L'avant-bras................	1 —
La main et les doigts.......	13 —
La cuisse...................	1 —
Le genou....................	2 —
La jambe....................	2 —
Les orteils.................	5 —

ACCIDENTS PRIMITIFS DES PLAIES CONTUSES.

(a) *Perte de connaissance*........................	1 cas.
(b) *Hémorrhagie par la plaie*....................	8 —
(c) *Epistaxis*...................................	1 —

COMPLICATIONS DES PLAIES CONTUSES.

(a) *Hématome* de la cloison nasale..............	1 cas.
(b) *Érysipèle* de la face et du cuir chevelu.......	4 —
(c) *Luxation* de la première phalange du médius.	1 —
(d) *Fracture* de la clavicule.....................	1 —
(e) *Fractures* des métacarpiens et des phalanges.	9 —
(f) *Ostéite* limitée du tibia.....................	1 —
(g) *Adénite* inguinale...........................	1 —

(h) *Phlegmon* circonscrit du cuir chevelu........	1 cas.
(i) *Sphacèle* des doigts........................	3 —
(j) *Torticolis* traumatique......................	1 —
(k) *Rhumatisme* articulaire aigu................	1 —

TRAITEMENT DES PLAIES CONTUSES.

Les plaies contuses ont été traitées par une position favorable, l'immobilisation, les lavages et les pansements antiseptiques, le drainage, les bains, les bandelettes agglutinatives. La réunion des bords de la plaie à l'aide de sutures métalliques a été pratiquée pour : 1 plaie du cuir chevelu (réunion par première intention); 2 plaies du front (insuccès, suppuration).

Les plaies contuses des extrémités ont nécessité l'amputation des doigts ou des orteils dans 11 cas :

Amputation partielle ou totale	de l'index........	3 cas.
—	du médius........................	1 —
—	de l'index et du médius.............	4 —
—	du gros orteil.....................	1 —
—	du quatrième orteil................	1 —
—	de la première phalange du petit orteil	1 —

TERMINAISON DES PLAIES CONTUSES.

Malgré la gravité de la plupart des plaies et de leurs complications, malgré les opérations que plusieurs ont nécessitées, nous n'avons eu à regretter qu'un seul cas de mort, dû à l'hémorrhagie abondante produite au moment de l'accident et au *choc traumatique* (Voir plus loin).

Revenons sur quelques détails.

Nous n'avons qu'à rapprocher les observations de plaies compliquées d'*érysipèle* pour en faire ressortir toutes les analogies.

Les causes ont été : un coup de pied de cheval, une chute dans une fosse d'aisances, une chute sur un rail de chemin de fer, une chute sur le sol. Toutes ces plaies (obs. LVI, LIX, LXX, LXI) siégeaient à la face (front, sourcil, paupière supérieure, lèvre supérieure).

Le premier malade (obs. LVI) était entré immédiatement après l'accident à l'hôpital, où l'on avait fait la suture de la plaie à l'aide de fils métalliques.

Les autres sujets étaient restés chez eux pendant quelques jours, et il y a lieu de se demander si les plaies avaient été soignées avec toute la propreté désirable.

La rougeur érysipélateuse apparut du quatrième au cinquième jour après l'accident, chez 3 malades; seulement trois semaines après l'accident, chez un charbonnier (plaie de la lèvre sup.).

L'évolution de l'érysipèle dura 8, 10, 13, 21 jours. Dans trois cas, il y eut complication d'abcès, soit au voisinage de la plaie (1 cas), soit dans une région éloignée atteinte par l'érysipèle (cou, 2 cas).

Comme les années précédentes, nous constatons la gravité des *plaies contuses de la main* et des doigts. Le présent volume renferme 12 cas de ce genre.

Dans toutes ces observations, il s'agit de broiement des tissus par des corps très pesants ou par des engins mus par la vapeur :

Écrasement	par un pilon mu par la vapeur.....	2 cas.
—	par des engrenages................	5 —
—	par scie mécanique................	2 —
—	entre deux cylindres..............	1 —
—	par un bloc de fonte..............	1 —
—	par des pavés.....................	1 —

Un pilon à vapeur (obs. LXIV) fait à la paume de la main une plaie transversale intéressant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose palmaire; à la face dorsale, une plaie correspondante n'intéressait que la peau. Les autres parties molles résistent, mais le troisième métacarpien et la première phalange du médius sont fracturés (Immobilisation sur une planchette, compresses résolutives, puis pansements antiseptiques. Guérison en cinq semaines).

Dans l'observation LXIX, le choc du pilon atteint l'index,

le médius et l'annulaire. Arrachement de la troisième phalange du médius, broiement des parties molles des autres doigts (Même traitement. Irrigation continue; guérison en trois semaines).

Nous rapprochons de l'action du pilon celle d'un bloc de fonte et de pavés tombant d'une certaine hauteur.

Dans le premier cas, plaie de la face dorsale du médius, fracture des deux phalanges (Même traitement. Conservation. Guérison en cinq semaines. Consolidation avec déformation. Ankylose de l'articulation des deux premières phalanges entre elles).

Dans le second cas, plaie profonde de la face palmaire de la main; arrachement du médius et de l'index, qui ne tiennent plus à la main que par des lambeaux de tendons; les phalanges sont broyées et font hernie à travers les parties molles; fracture des deuxième et troisième métacarpiens (Nous sommes obligé de pratiquer l'amputation du médius et de l'index. Guérison en six semaines).

Dans l'observation LXXIV, le malade a la main prise entre deux cylindres. Broiement de l'index et du médius, parties molles et os, plaies superficielles du voisinage (Ici encore, nous sommes obligé de pratiquer l'amputation des doigts atteints. Guérison en trois semaines).

Les scies mécaniques font quelquefois des sections nettes (V. *Plaies par instruments tranchants*); plus souvent les bords de la solution de continuité sont mâchés et contus.

Dans l'observation LXXII, la scie mâche les parties molles de la face palmaire de l'index, y compris le tendon fléchisseur et les parties molles qui recouvrent les deux dernières phalanges du médius. Les deux os sont fracturés. Nous tentons néanmoins la conservation; mais le sphacèle envahit les portions contuses, et onze jours après l'accident, nous sommes obligé d'amputer l'index et les deux dernières phalanges du médius. Guérison en trois semaines.

Dans l'observation LXXIII, la scie a intéressé le pouce et l'index. Les deuxième et troisième phalanges de ce même doigt ne sont plus adhérentes que par un lambeau cutané

(Amputation de l'index. Guérison rapide du traumatisme; mais au cours du traitement, attaque de rhumatisme articulaire, sans qu'il y ait d'antécédents rhumatismaux. Nous faisons passer le malade dans un service de médecine).

Les engrenages produisent des délabrements au moins aussi considérables.

Nous trouvons, dans l'observation LXVII : plaie contuse de la face dorsale du troisième métacarpien ; luxation de la première phalange du médius, broiement du tendon extenseur de ce doigt (Réduction de la luxation. Même traitement que précédemment. Guérison en neuf semaines).

Dans l'observation LXVIII : plaie contuse de la main. Gangrène sèche partielle de l'index, douze jours après l'accident (Nous sommes obligé d'enlever les phalanges mortifiées. Guérison en vingt-six jours).

Dans l'observation LXX : écrasement de l'index, arrachement de l'ongle. Dénudation de la phalange unguéale (Résection de cette phalange ; même traitement ; guérison en quelques jours).

Dans l'observation LXXI, le médius et l'index sont encore atteints. Tendon fléchisseur à nu (Conservation du doigt. Guérison en cinq semaines).

Dans l'observation LXXV, les désordres sont considérables. L'articulation de la phalangine avec la phalangette de l'index est ouverte, le médius et l'index sont broyés (Amputation du médius; même traitement. Guérison en cinq semaines).

Malgré l'étendue et la gravité de ces désordres, nous avons eu le bonheur de n'avoir à combattre ni phlegmon, ni tétanos, comme cela s'observe malheureusement avec une certaine fréquence.

Les *plaies contuses du pied* méritent à tous égards d'être rapprochées de celles de la main. Même mécanisme, mêmes désordres, mêmes complications, même traitement.

Dans l'observation LXXXI, le pied est écrasé par la roue d'une charrette chargée de fer. Les parties molles de la face

dorsale du pied sont broyées. Pas de lésions osseuses (Guérison en quarante jours, malgré le sphacèle partiel des bords de la plaie).

Dans l'observation LXXXIV : écrasement du petit orteil par une roue de tombereau chargé. Nécrose et élimination de la première phalange. Adénite inguinale (Guérison en un mois).

Dans les observations LXXXII, LXXXIII et LXXXV, il s'agit d'écrasements par une plaque de zinc, par un volet de fer et par un poids de 20 kilog. Dans le premier cas, plaie insignifiante ; dans les deux autres, broiement des phalanges ; parties molles réduites en bouillie (Amputation des orteils. Guérison en vingt jours et en trente-sept jours).

Dans tous ces cas nous n'eûmes pas plus de complications que dans les plaies contuses de la main.

L'observation LXXVI relate le seul cas de mort consécutif aux plaies contuses. Il s'agit d'une petite fille de neuf ans, qui avait été renversée par une voiture lourdement chargée et écrasée par la roue de cette voiture. Elle avait perdu une quantité énorme de sang avant son transport à l'hôpital, et l'artère articulaire interne du genou donnait encore du sang quand nous la vîmes. La roue avait passé sur les deux tiers inférieurs de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe, produisant une plaie considérable dont les lèvres écartées de 7 à 8 centimètres, décollées dans l'étendue des trois quarts de la circonférence du membre, enroulées sur elles-mêmes, laissaient voir une large surface musculo-aponévrotique contuse et couverte de boue. Malgré tous les efforts que nous fîmes pour remonter la petite malade, elle succomba le lendemain à l'ébranlement nerveux produit par le traumatisme et à l'abondance de l'hémorrhagie.

Elle avait eu d'abord de l'hypothermie (36°), puis de la fièvre (39°2).

L'autopsie démontra que tous les tissus étaient exsangues et que le sang était noirâtre et poisseux. Nous ne pûmes malheureusement en faire faire l'examen comme nous l'aurions désiré.

Contusions.

Obs. XXIV. — *Contusions multiples. Mélœna. Guérison.* — Mercier, (François), quarante-neuf ans, garçon maçon, entre le 21 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 1. Le 21 avril, ce malade tombe dans le canal Saint-Martin, sur 60 centimètres d'eau, d'une hauteur de 6 mètres. Il peut se relever et monter une échelle.

On observe des contusions multiples ; quelques ventouses scarifiées produisent un grand soulagement.

22 *avril.* — En allant à la garde-robe, il perd par le fondement une grande quantité de sang. Il en rend ensuite involontairement par l'anus pendant deux jours. Quelques coliques.

Aucune trace de contusion interne. Un peu de toux. Pas de signes de fractures de côtes. A chaque effort de toux, de la douleur se produit dans la région anale. Le toucher rectal ne permet de constater aucune lésion du rectum.

Assez bon état général. Repos au lit. Bains.

Les douleurs diminuent peu à peu. Le mélæna disparaît au bout de deux jours. Le malade sort le 1er mai.

A. — Face.

Obs. XXV. — *Contusion des paupières. Compresses d'alcool camphré. Guérison.* — Perrin (Victor), vingt-trois ans, livreur, entre le 13 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 3 *bis*.

La veille, il a reçu sur l'œil un violent coup de poing.

État actuel. — Gonflement considérable des paupières supérieure et inférieure gauches. Ecchymose occupant toute leur étendue et descendant jusqu'à la partie moyenne de la joue. Impossibilité pour le malade d'ouvrir les paupières. En les écartant on ne trouve rien du côté du globe oculaire.

On applique des compresses résolutives. Le cinquième jour, le gonflement a notablement diminué ; le malade peut entr'ouvrir les paupières. La teinte ecchymotique commence aussi à s'effacer.

On dit au malade de continuer l'usage des compresses, et il quitte l'hôpital le 18 juin.

Obs. XXVI. — *Hématome traumatique de la région malaire gauche. Ponction sous-cutanée. Guérison.* — Chopin (Jean), quarante-quatre ans, tanneur, entre le 10 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 6. — Bonne santé antérieure. Jamais de maladies graves. Le 20 avril, chute dans laquelle l'os malaire gauche vient frapper sur les bords du trottoir. La région atteinte enfle rapidement. Peu de douleurs. Le lendemain, enflure considérable des paupières du côté gauche, puis, au bout de trois à quatre jours, cette enflure cesse, mais la tuméfaction de la région malaire persiste.

État actuel. — Au niveau de la partie antérieure et inférieure de la région malaire gauche existe une tumeur, du volume d'une petite pomme, ovoïde, à grand diamètre vertical, d'une coloration brune, sans augmentation de chaleur, molle, presque fluctuante, mobile sur les parties profondes, peu adhérente à la peau.

Pas de douleurs soit spontanées, soit à la pression. Mastication non gênée. Bon état général. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

20 *mai.* — Petite incision à la partie inférieure de la tumeur; il en sort, par la pression, la valeur d'une grande cuillerée, d'une substance molle ayant la consistance et un peu la couleur de la gelée de groseille un peu foncée.

L'incision est obturée avec de la bandruche et du collodion, et le malade peut sortir le lendemain matin.

B. — Thorax.

Obs. XXVII. — *Contusion thoracique. Pneumonie traumatique. Guérison.* — Laborie, trente-cinq ans, charbonnier, entre le 4 janvier 1882, salle Sainte-Marthe.

Il est tombé d'une échelle de la hauteur de 2 mètres, avec un sac de charbon qu'il portait. La région latérale droite du thorax a été contusionnée. Hémoptysie.

État actuel. — Aucune trace extérieure de la chute. Pas d'ecchymose. Dyspnée exagérée par les mouvements respiratoires.

La percussion et l'auscultation révèlent l'existence d'un foyer de pneumonie traumatique à droite. Fièvre. Ventouses scarifiées.

5. — Les symptômes s'accusent. Point de côté à droite. Dyspnée. Râles crépitants. Crachats pneumoniques types. T. = 39°. Vésicatoire. Potion de Todd. Ext. quinquina 2 grammes.

7. — Le souffle occupe tout le tiers moyen de la partie postérieure du poumon droit. Râles crépitants, à la partie supérieure. Fièvre. T. = 38°3. Pouls = 104. Rougeur de la pommette droite.

9. — Abondance de crachats remarquable. T. = 38°7 à 38°5.

10. — Dyspnée assez forte. Les râles crépitants se généralisent à toute la partie du poumon hépatisé.

13. — La fièvre tombe. Température normale. Le murmure respiratoire se perçoit sur une certaine étendue, et la physionomie du malade a repris un aspect rassurant. Même traitement.

18. — Le malade entre pleinement en convalescence et l'appétit renaît.

20. — Le malade continue à aller aussi bien que possible, ne tousse plus, ne crache plus et respire bien. L'appétit se maintient.

25. — L'état général du malade se maintient; l'appétit est bon, le sommeil également. Le malade se promène dans la salle, et a une excellente physionomie.

Rien de particulier à noter chez notre malade, qui va terminer sa convalescence à Vincennes.

C. — Abdomen.

Obs. XXVIII. — *Coup de pied de cheval dans l'abdomen. Épanchement sanguin traumatique de l'abdomen, avec péritonite circonscrite.* — Marié (Hippolyte), trente-deux ans, charretier, entre le 28 janvier 1881, n° 11, salle Sainte-Marthe. Le 22 janvier, il a reçu un coup de pied de cheval sur la partie inférieure droite de l'abdomen. Immédiatement, douleurs vives. Ne peut marcher. On le porte chez lui. La nuit suivante douleurs moins vives, mais vomissements.

Le lendemain, sangsues sur le bas-ventre.

Les vomissements continuent, deviennent jaunes-verdâtres et ne cessent qu'au bout de quarante-huit heures. En même temps, constipation et fièvre.

Il n'a pas rendu de sang dans les selles.

État actuel. — Pas de fièvre; il ne vomit pas, souffre fort peu du ventre, n'a plus de constipation et a même des selles assez fréquentes (cinq ou six en vingt-quatre heures).

La palpation de l'abdomen fait constater dans le côté droit du ventre un empâtement résistant allant jusqu'à la ligne médiane et remontant en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Cet empâtement est bien circonscrit, à contours arrondis en haut et en dedans; en bas il descend jusqu'à l'arcade crurale au-dessus de laquelle il forme plastron. La palpation en est peu douloureuse. Cependant une pression un peu forte ne peut être supportée. Repos au lit. Cataplasmes. Diascordium.

2 *février*. — Le malade se trouve mieux. Le nombre des selles est diminué. L'empâtement abdominal persiste. Le toucher rectal fait avant et après la miction permet de sentir en avant du rectum au-dessus de la prostate une dureté en forme de plaque transversale, dont on ne peut établir les limites ni en haut ni en dehors.

7. — Le malade se plaint de coliques. L'état est bon, l'appétit satisfaisant. La masse globuleuse qui donnait l'empâtement abdominal paraît diminuée de volume. On continue le repos au lit et les cataplasmes.

24. — L'état du malade reste bon. L'empâtement abdominal est considérablement diminué; il ne remonte plus qu'à 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, il est nettement circonscrit et son contour semble comme bosselé. La palpation du ventre est devenue complètement indolente.

Le toucher rectal fait constater la même résistance en avant du rectum. Les caractères perçus sont les mêmes qu'au premier examen. Le malade sort le 25 février.

Obs. XXIX. — *Contusion du bas-ventre. Coma et dysurie. Guérison.* — Pavier (Alphonse), trente-quatre ans, ciseleur, entre le 7 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 24. Le 7 mai, dans une dispute, il reçoit un violent coup de pied dans l'hypochondre droit et perd immédiatement connaissance.

Il est transporté à l'hôpital, reste sans mouvement toute la nuit et ne reprend connaissance que vers quatre heures du matin.

État actuel. — Il se plaint de souffrir légèrement dans le bas-ventre et dans la cuisse droite. Nous ne trouvons aucune trace de la contusion. Pas d'ecchymose. Aucun signe de fracture.

La pression dans la fosse iliaque est un peu douloureuse, mais la douleur est très supportable.

Pas d'hématémèse, pas d'hématurie.

La vessie distendue remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Après quelques efforts le malade peut uriner et vider complètement sa vessie.

Il marche bien et demande à sortir. Il ne lui reste qu'un peu d'endolorissement de la région hypogastrique et des hypochondres. Un peu de toux; légère douleur dans le bas-ventre pendant les efforts d'expectoration. Exeat.

D. — Tronc.

Obs. XXX. — *Contusion de la région lombaire. Ventouses scarifiées. Guérison.* — Miliel (Lucien), cinquante-deux ans, commissionnaire, entre le 1er mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 71.

Homme très robuste. Pas d'antécédents diathésiques. Pas d'alcoolisme.

1er *mai.* — Descendant un canapé très lourd, il a fait un faux pas dans l'escalier et est tombé sur le dos. Immédiatement douleurs très vives dans la région des lombes; pas de perte de connaissance. Deux heures après l'accident, souffrant beaucoup et marchant péniblement, il se rend à l'hôpital avec l'aide d'un de ses camarades.

État actuel. — Au niveau de la partie postérieure du flanc droit, douleur exagérée par la pression. Au niveau des deux dernières côtes, douleur semblable. Pas de signe de fracture. Pas de sang dans les urines.

Six ventouses scarifiées et repos au lit.

La douleur diminue de jour en jour. Le 4 mai, le malade commence à se lever et à marcher.

8. — Guérison. Sortie.

Obs. XXXI. — *Contusion de la partie postérieure et latérale droite du tronc. Ventouses. Bandage en diachylon. Guérison.* — Tessier (Arsène), quarante-trois ans, charretier, entre le 11 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22.

En chargeant sa voiture, il a glissé et est tombé à la renverse sur des caisses en bois. Il a pu se relever, mais il éprouve une douleur vive dans la région lombaire et dans la paroi latérale droite du thorax. Respiration difficile; pas d'hémoptysie.

État actuel. — Dans la région lombaire droite, tuméfaction très marquée; peau ecchymosée; empâtement de la région; l'empreinte du doigt est conservée. Du côté de la partie latérale droite de la poitrine, tuméfaction légère, teinte ecchymotique. Douleurs vives, dyspnée extrême; un peu de fièvre. Aucun signe de fracture; rien à l'auscultation.

Ventouses scarifiées sur la région lombaire, et large bande de diachylon autour du thorax.

Peu à peu, les accidents diminuent d'intensité.

23 *août.* — Guérison complète.

24. — Sortie.

Obs. XXXII. — *Contusions multiples du tronc et des membres inférieurs. Ventouses. Repos. Guérison.* — Megasson (Charles), cinquante-trois ans, homme de peine, entre le 27 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 76.

Il y a quelques heures, comme il portait un sac rempli de terre, son pied a glissé et il est tombé à plat ventre. Le sac a roulé sur lui. Il a pu se relever, mais il a ressenti au niveau de la onzième et de la douzième vertèbre dorsale une douleur aiguë qui le forçait à marcher plié en deux.

Il n'a rien ressenti, au moment de l'accident, du côté des membres inférieurs.

État actuel. — Douleur extrêmement vive du côté des lombes. On trouve en ce point un léger gonflement et une ecchymose correspondant aux onzième et douzième vertèbres dorsales, mais on ne constate aucune saillie anormale, et la pression n'exagère pas la douleur.

Sur la partie latérale du thorax, au niveau des septième, huitième et neuvième côtes, large ecchymose; de même à la partie moyenne du sternum, teinte ecchymotique de la peau sur une étendue d'environ 4 centimètres carrés. Sur la face postérieure de la cuisse droite, ecchymose s'étendant du tiers supérieur au tiers inférieur. Enfin, au niveau du grand trochanter du côté droit, autre ecchymose avec éraillure de la peau. Toutes les fonctions se font régulièrement.

Grand bain, compresses d'eau sédative.

2 *mars.* — Le malade se plaint toujours de souffrir dans la région des lombes. La tuméfaction est moindre et l'on peut explorer facilement la région. Rien du côté des vertèbres.

Application de ventouses scarifiées.

4 *mars.* — Le malade se trouve mieux. La teinte ecchymotique des

membres a presque complètement disparu; celle du tronc persiste.

5. — Le malade se lève et va au bain. Le mieux continue.

10. — Guérison. Sortie.

E. — Membre supérieur.

Obs. XXXIII. — *Contusion de l'épaule. Compresses d'alcool camphré. Repos. Guérison.* — Laurey (Eugène), quarante et un ans, tourneur en bois, entre le 23 janvier 1881, salle Saint-Augustin, nº 9.

Tombé sur la scène d'un théâtre, d'une hauteur de 4^m,50, sur l'épaule gauche et le côté correspondant de la tête. Douleur vive au moment de la chute; pas de perte de connaissance.

Dans la nuit, léger gonflement de l'épaule; mouvements du bras pénibles. Le lendemain il entre à l'hôpital.

État actuel. — L'épaule est tuméfiée ainsi que le bras jusqu'à l'union des tiers supérieur et moyen. Sur le moignon de l'épaule, teinte ecchymotique. Les mouvements sont possibles, mais douloureux; aucun signe de fracture.

Compresses d'alcool camphré.

Les jours suivants le gonflement diminue, les mouvements deviennent de moins en moins douloureux et le malade quitte l'hôpital le 2 février. Guérison.

Obs. XXXIV. — *Contusions de l'épaule. Synovite sous-scapulaire. Guérison.* — Louis, quarante-cinq ans, tourneur en bois, entre le 20 janvier 1882, salle Saint-Augustin, nº 9.

Bonne santé habituelle, pas de rhumatismes. L'avant-veille, il est tombé d'une hauteur de plusieurs mètres sur l'épaule gauche. Douleur, impotence du membre, etc.

État actuel. — On constate dans toute la région un certain gonflement sans ecchymoses. Les mouvements spontanés nuls, provoqués douloureux. Articulation de l'épaule immobile. Pas de luxation, pas de fracture. Cependant, quand on imprime des mouvements à l'humérus, l'omoplate suivant absolument ces mouvements, on sent en appliquant la main sur la région une crépitation fine que l'on ne saurait mieux comparer qu'à celle de la synovite tendineuse du poignet. Cette crépitation est surtout marquée au niveau du bord spinal de l'omoplate. Douleur à la pression dans les muscles de la paroi postérieure de l'aisselle, rien du côté des côtes bien que le malade respire un peu difficilement.

Six ventouses scarifiées, douches de vapeur.

Amélioration notable le 1er février.

2 *février*. — Six nouvelles ventouses, on continue les douches.

8. — Les mouvements sont revenus peu à peu, toute crépitation et toute douleur ont disparu. Le malade sort guéri de l'hôpital.

Obs. XXXV. — *Contusion de l'épaule; vaste ecchymose. Épanchement sanguin sous le deltoïde et le grand dorsal. Cataplasmes. Compresses résolutives. Guérison.* — Savy (Louis), quarante ans, paveur, entre le 25 août 1882, salle Saint-Augustin, n° 11.

Étant monté sur un tas de pavé, il a glissé et est tombé en arrière sur le côté gauche; l'épaule a porté plus fortement.

Immédiatement, douleurs violentes au niveau des points contus. Impossibilité de remuer le bras.

État actuel. — Gonflement considérable du moignon de l'épaule et de la moitié supérieure du bras. En arrière, sur la partie postéro-latérale du thorax, tuméfaction énorme. Vaste ecchymose occupant l'épaule, la face postéro-externe du bras, la partie latérale gauche et postérieure du thorax. Le malade ne peut exécuter les mouvements de l'épaule. Quand nous les provoquons, les douleurs sont extrêmement vives. Crépitation sanguine des plus manifestes.

Pendant sept jours, cataplasmes, puis compresses d'eau blanche.

Le douzième jour, la teinte ecchymotique de la peau et le gonflement diminués, il nous est possible de nous assurer qu'il n'y a pas de fracture ou de luxation. Du reste, le malade, qui souffre beaucoup moins, peut exécuter des mouvements dans une certaine étendue.

On continue les compresses résolutives.

27 *septembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. XXXVI. — *Contusion de l'épaule. Abcès. Drainage. Guérison.* — Girouard (Jules), quarante-sept ans, journalier, entre le 9 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 7. Il y a huit jours, coup sur le moignon de l'épaule droite. Le troisième jour, douleurs sourdes et tuméfaction.

Le sixième jour les mouvements, surtout ceux d'élévation et d'abduction, étaient excessivement pénibles.

Frictions avec de l'huile de camomille camphrée, sans résultat.

Il entre à l'hôpital.

État actuel. — A la partie externe de l'épaule, tumeur du volume d'un œuf de poule, irrégulièrement ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas et en arrière. La peau est rouge, luisante, chaude.

Au toucher fluctuation nette au centre. Le pourtour de la tumeur est dur, comme bosselé.

Les mouvements sont douloureux, et le malade ne peut opérer celui d'élévation.

Pendant deux jours, application de cataplasmes émollients; le troisième jour, ponction avec un trocart à hydrocèle, drainage.

Il s'écoule une notable quantité de pus granuleux. Lavages avec l'eau phéniquée.

Amélioration rapide.

Le malade sort le 28 juillet en voie de guérison.

Obs. XXXVII. — *Contusions de l'épaule et du bras. Compresses résolutives. Repos. Guérison.* — X... entre le 5 mai 1881 dans le service. En glissant, il est tombé de sa hauteur sur le côté gauche. L'épaule et le bras ont porté violemment sur le sol.

Au moment de la chute, douleur excessivement violente dans l'épaule; difficulté des mouvements.

État actuel. — L'épaule est tuméfiée ainsi que la face postéro-externe du bras jusqu'au tiers inférieur; teinte ecchymotique de la peau. Mouvements possibles mais douloureux.

Pas de signes de luxation ou de fracture.

Repos, compresses d'alcool camphré. Bras tenu en écharpe.

Le 10 mai, quatre jours après l'accident, le malade sort presque complètement guéri.

Obs. XXXVIII. — *Contusion de l'avant-bras. Épanchement traumatique de sérosité. Contraction des muscles innervés par le cubital. Guérison.* — Madame Janot, trente-sept ans, entre le 19 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 50. Chute sur le trottoir avec une charge de linge. Tout le côté gauche porte, mais principalement l'avant-bras. La malade n'y prête pas beaucoup d'attention, et ce n'est que quinze jours après l'accident qu'elle se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — Elle se présente avec les symptômes classiques d'un épanchement traumatique de sérosité occupant la région postéro-interne de l'avant-bras à peu près sur toute sa hauteur.

Teintes ecchymotiques de la région. Tremblotement caractéristique. Sensation de flot, fluctuation, etc., etc.

On prescrit des douches de vapeur et de la compression ouatée.

Le jour même une première douche est donnée; la malade ne s'en trouve pas mal. Le lendemain elle veut se mettre à travailler et plonge ses mains dans de l'eau froide. Immédiatement tous les muscles innervés par le cubital sont pris d'une contracture extrêmement douloureuse.

En même temps, la peau qui reçoit les filets sensitifs du même nerf est le siège d'une hyperesthésie également très pénible. Phénomène bizarre, et que ne signale aucun auteur, pas même Morel-Lavallée, dans son remarquable mémoire sur les épanchements traumatiques de sérosité.

Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine. Cataplasmes laudanisés. Deux heures après la contracture était disparue.

Le lendemain la région où siège l'épanchement est le siège d'une douleur et d'une chaleur qui permettent de croire à la suppuration du contenu de la poche. Celle-ci est donc ouverte.

Un écoulement séro-purulent se manifeste. On fait dans la plaie des injections d'alcool presque pur; puis un pansement ouaté assez fortement compressif est appliqué sur le bras.

25 *février*. — Le premier pansement est retiré, la suppuration franchement phlegmoneuse maintenant n'a pas été très abondante. Les parois du foyer se sont accolées sur presque toute son étendue, à peine reste-t-il un décollement de la largeur d'une pièce de deux francs. Mêmes injections à l'alcool. Compression ouatée.

1er *mars*. — Il n'y a plus qu'une plaie sans importance. Pansement simple.

La malade sort complètement guérie le 4 mars.

F. — Membre inférieur.

Obs. XXXIX. — *Contusion de la hanche droite. Blennorrhagie. Synovite blennorrhagique de la gaine du tendon du biceps fémoral. Guérison.* — Tournier (Féréol), trente-trois ans, charretier, entre le 14 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 30. Le 14 juillet, ce malade reçut au niveau de la hanche droite un coup de pied de cheval qui porta au-dessous du grand trochanter et le renversa. Il lui fut impossible de se relever seul. On le transporta à l'hôpital.

État actuel. — Decubitus dorsal. Le membre inférieur droit repose sur le lit par sa face postérieure. Pas de déviation du pied, pas de rotation du membre ; pas de raccourcissement. Le malade peut élever sa jambe au-dessus du plan du lit.

Il est donc plus que probable que nous n'avons pas affaire à une fracture et que le malade n'a qu'une simple contusion. Ce qui, d'ailleurs, confirme le diagnostic, c'est que les mouvements qu'on imprime à l'articulation de la hanche sont peu douloureux, et que le choc du talon suivant l'axe du membre ne retentit pas douloureusement dans l'articulation coxo-fémorale.

Seule la région trochantérienne est douloureuse à la pression et à la percussion.

A ce niveau existe une ecchymose qui descend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse et remonte jusqu'à la crête iliaque.

5. — Ventouses scarifiées au niveau de la région douloureuse. Repos au lit. Bains.

12. — Amélioration. Les douleurs sont moindres.

15. — Le malade se plaint de souffrir au niveau de la partie externe du genou au point de ne pouvoir fléchir la jambe. Nous constatons alors, vers la face externe du genou, une tuméfaction dont la partie inférieure commence à la tête du péroné et dont la partie supérieure remonte à cinq travers de doigt plus haut. Cette tuméfaction est rosée, un peu dure, assez douloureuse ; elle est allongée suivant l'axe du membre et correspond au tendon inférieur du biceps fémoral.

Nous pensons de suite à une synovite blennorrhagique, opinion

que confirme l'examen de l'urèthre. Malgré les dénégations du malade, nous faisons sourdre une goutte de pus du méat et nous apprenons alors que la blennorrhagie date de cinq mois.

Du reste cette synovite disparut au bout de six jours après quelques applications de teinture d'iode.

27. — Le malade sort absolument guéri de sa contusion et de sa synovite.

Obs. XL. — *Contusion de la hanche droite. Guérison.* — Schneider (Joseph), quarante-neuf ans, palefrenier, entre le 19 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Le 19 juin, un cheval renverse ce malade et lui tombe sur la cuisse droite.

Douleur extrêmement vive à ce moment, au point de déterminer une sorte de syncope qui dura plus d'une demi-heure. Pendant ce temps le malade était transporté à l'hôpital.

État actuel. — Décubitus dorsal, la jambe repose sur le lit par sa face postérieure. Le pied est dans la rectitude. Il n'est tourné ni en dedans ni en dehors. Le malade se plaint de la région de la hanche. Celle-ci est un peu tuméfiée. La pression y est très douloureuse, mais la douleur n'est pas limitée en certains points ; elle est diffuse. Elle existe surtout au niveau de la région du grand trochanter. A ce niveau, comme au niveau de la crête iliaque, pas de trace de crépitation. Son membre inférieur droit n'est pas raccourci. Il peut très bien soutenir la jambe au-dessus du plan du lit; enfin les chocs sur le talon ne déterminent aucune douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Le malade se plaint en outre de douleurs dans la région lombaire.

Repos au lit. Ventouses scarifiées sur la région lombaire et sur la région de la hanche droite.

21 *juin.* — Les ventouses ont apporté une petite amélioration, mais le malade souffre encore beaucoup.

22. — Le malade n'a pas dormi de la nuit. Bain. Pillule d'extrait thébaïque de $0^{gr},05$.

23. — Une ecchymose s'est produite peu à peu, occupant la région de la hanche. Un grand bain tous les jours.

1er *juillet.* — Le malade souffre encore. Il ne peut se lever. Frictions au baume de Fioraventi. Pendant la première quinzaine de juillet, les douleurs diminuent peu à peu.

10. — Le malade se lève un peu; il commence à marcher.

22. — Il va à Vincennes.

Obs. XLI. — *Contusion de la cuisse droite. Épanchement. Compresses résolutives. Repos. Guérison.* — Mabille (Ernest), trente-sept ans, conducteur de bestiaux, entre le 13 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 6. La veille, coup de corne de taureau dans la cuisse droite. Immédiatement douleur très vive. Impossibilité de marcher.

État actuel. — Gonflement considérable du tiers inférieur de la cuisse. Le coup a porté à la face externe. Large ecchymose remontant jusqu'au grand trochanter. Mouvements conservés mais extrêmement douloureux. Vaste épanchement. Pas de signes de fracture.

Compresses résolutives. Repos.

Peu à peu l'épanchement diminue, la teinte ecchymotique de la peau disparaît et la guérison marche rapidement.

3 *avril.* — Sortie.

Obs. XLII. — *Contusion violente de la cuisse droite produite par une roue de wagon. Guérison.* — Carré (François), trente-quatre ans, journalier, entre le 19 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. Le 19 juillet, ce malade est serré entre deux roues de chemin de fer qu'on manœuvrait à côté de lui, lesquelles se dirigeant en sens inverse rencontrèrent sa cuisse droite en même temps. Le malade éprouva une vive douleur. Toutefois il ne tomba pas, mais il lui fut impossible de faire un pas. On le transporta immédiatement à l'hôpital.

État actuel. — La cuisse, notablement tuméfiée, est le siège d'une ecchymose qui la recouvre presque en totalité, et qui est surtout accusée au niveau des faces interne et postérieure. En outre on trouve une longue phlyctène ayant à peu près 3 centimètres de largeur, contournant en quelque sorte la cuisse dont elle occupe la région supérieure et allant d'arrière en avant, et de haut en bas. Il semblerait qu'on a appliqué là une bande de vésicatoire, avec cette différence toutefois que la phlyctène est interrompue en deux ou trois points et que le liquide qu'elle contient est d'un brun foncé.

Les douleurs de la cuisse sont assez vives. L'absence de raccourcissement ou de déformation du membre, la possibilité qu'a le malade de l'élever au-dessus du plan du lit permettent d'écarter l'idée de fracture et de diagnostiquer une contusion.

Repos au lit. Bains. Compresses d'eau blanche autour de la cuisse.

23. — Les douleurs sont moindres. On continue le même traitement.

30. — Ecchymose jaune allant de l'aine au milieu du mollet, le tiers inférieur de la cuisse est coloré en violet. L'épiderme a disparu au niveau de la région frappée par la roue. La surface dénudée est actuellement en pleine réparation. Elle a suppuré pendant deux jours.

2 *août.* — Le malade se lève une partie de la journée.

6. — Il sort absolument guéri.

Obs. XLIII. — *Contusion de la cuisse gauche. Décollement traumatique des téguments. Abcès ouvert spontanément. Drainage. Guérison.* —

Colombet (Paul), dix-sept ans, journalier, entre le 2 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30.

Mère morte d'une pleurésie. Un frère mort. Un frère et une sœur bien portants.

Trace d'abcès ganglionnaire au cou. Fièvre typhoïde à onze ans. Bonne santé habituelle. Ne tousse pas, ne s'enrhume pas l'hiver.

Dix jours avant l'entrée, en jouant, tombe sur le côté. Ecchymose à la partie externe de la cuisse gauche. Continue à travailler deux jours. Obligé de s'aliter. Il se forme huit jours après le traumatisme une tumeur plus grosse que le poing, douloureuse, qui se perfore spontanément; il s'écoule un liquide sanguinolent, dit le malade. Soulagement immédiat.

État actuel. — Plaie de la grandeur d'une pièce de 5 francs à trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter gauche, peu profonde, due à la perte de substance de la peau par sa partie inférieure. Le stylet pénètre dans la peau décollée dans une étendue de 15 centimètres vers le genou. Contre-ouverture. Drain. Lavages phéniqués. Il sort des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Pansement de Lister.

20 *mai.* — On ôte le drain. Même pansement.

26. — Il ne reste qu'une petite plaie superficielle au niveau de la perte de substance primitive. Sortie.

Obs. XLIV. — *Contusion de la cuisse. Épanchement sanguin. Repos. Cataplasmes. Guérison.* — Jivun (J.-B.), soixante-quatre ans, charretier, entre le 2 février 1883, salle Sainte-Marthe, n° 24. — Fièvre typhoïde dans sa jeunesse. Pas de syphilis, et d'ailleurs aucune manifestation diathésique appréciable. Alcoolisme.

Il y a dix ans, fracture de la cuisse gauche à un travers de main au-dessus de la rotule. La guérison de cette fracture a été complète ; cal solide et appréciable, pas de raccourcissement, marche normale.

Coup de pied de cheval reçu il y a dix jours sur la cuisse gauche. Depuis l'accident, le malade a gardé le repos chez lui, et aujourd'hui il nous est amené à l'hôpital.

État actuel. — La cuisse malade a notablement augmenté de volume. La tuméfaction limitée siège à la partie moyenne de la région antérieure de la cuisse. Il n'y a aucun changement de coloration à la peau. Pas de chaleur, aucun phénomène réactionnel. L'épanchement est sous-tricipital. Fluctuation profonde manifeste. Rien au genou.

Cataplasmes.

20 *février.* — La cuisse a notablement diminué de volume. Les mouvements reviennent progressivement.

22. — Guérison. Exeat.

Obs. XLV. — *Contusions de la cuissse et de la jambe gauches. Plaies contuses du front. Eschare de la peau de la jambe. Érysipèle de la face. Guérison.* — Petit (Philibert), trente et un ans, camionneur, entre le 23 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 30. — Le 23 avril, le malade tombe de son siège devant la roue de son camion, ses chevaux marchant au pas; la cuisse gauche cale la roue, et est poussée par elle sur une longueur de 2 mètres.

Il lui est impossible de se relever et de marcher; on l'amène à l'hôpital.

État actuel. — Nous constatons sur la bosse frontale droite l'existence d'une plaie contuse ayant 4 centimètres de long. Pas de dénudation des os du crâne.

Au niveau du sourcil gauche, plaie contuse sans dénudation ayant 3 centimètres de long.

A la face interne de la cuisse gauche, tuméfaction molle, fluctuante, rosée, douloureuse à la pression, non douloureuse spontanément.

A la jambe du même côté, décollement avec les mêmes caractères occupant la majeure partie de la face interne.

Quatre points de suture à la plaie du front avec des fils d'argent. Pansement au vin aromatique.

26 *avril.* — Le décollement de la cuisse a toujours le même volume. Pas de douleur à ce niveau; pas d'augmentation de la température.

Le décollement de la jambe s'est ouvert à sa partie inférieure; l'ouverture a donné issue à une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Cataplasmes.

1er *mai.* — Une eschare du volume d'une pièce de 2 francs s'est produite à la face interne de la jambe.

3. — Le décollement de la cuisse diminue notablement. L'eschare de la jambe est tombée. Pansement de la surface à nu avec des bandelettes de diachylon.

8. — Disparition totale de l'épanchement de la cuisse.

10. — Le malade a de la fièvre, des frissons, la langue sèche, inappétence. 1 bouteille eau de Sedlitz. Sulfate de quinine 1 gramme.

11. — Un érysipèle facial s'est déclaré; le malade passe au chalet d'isolement. Traitement ordinaire. Pas d'autres complications.

21. — Sort guéri.

Obs. XLVI. — *Contusion du membre inférieur gauche. Guérison.* — Brun (Jules), vingt-trois ans, tonnelier, entre le 7 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 55. Assez bonne santé habituelle.

7 *août.* — Ce malade aidait à soulever une pièce de vin, lorsque celle-ci, échappant aux hommes qui la tenaient, le renverse et lui passe sur le membre inférieur gauche. Il ne peut se relever et est transporté immédiatement à l'hôpital, où on lui entoure la jambe de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

État actuel. — Une ecchymose occupe une grande partie du membre inférieur gauche. Commençant à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse, elle descend jusqu'au pied et s'arrête sur les limites de la face plantaire. Irrégulière, occupant surtout la partie externe des régions qu'elle atteint, cette ecchymose, peu foncée à la cuisse, l'est beaucoup plus à la jambe. Au-dessous et en arrière des deux malléoles existe un empâtement manifeste. Nulle trace d'épanchement sanguin. Pas de décollement. Aucun signe de fracture, d'entorse ou de distension des ligaments.

Pas d'épanchement dans l'articulation du genou.

Le membre est placé dans une gouttière et entouré de compresses d'eau blanche.

19. — La douleur des premiers jours diminua rapidement. Douze jours après son entrée, le malade pouvait se lever. Il lui est encore difficile de marcher et de se tenir sur la jambe malade.

Bains sulfureux. Frictions avec le baume Opodeldoch.

L'amélioration continue les jours suivants.

Le malade sort le 1er septembre complètement guéri et peut reprendre ses occupations.

Obs. XLVII. — *Contusion de la jambe. Épanchement sanguin traumatique. Incision. Guérison.* — Le Gallie (Yves), vingt et un ans, armurier, entre le 21 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, nº 29. Le 14 juillet, ce malade reçoit un violent coup de balançoire sur la partie moyenne de la crête du tibia droit. Il éprouve une vive douleur, et immédiatement la jambe se met à enfler. Le malade put à grand'peine rentrer chez lui, et fut obligé de se coucher.

La douleur diminua d'abord pendant trois ou quatre jours, grâce à des applications d'eau blanche additionnée de teinture d'arnica. Puis, le 17 juillet, comme le malade voulut reprendre son travail, de nouveau elle augmenta et le gonflement s'accentua.

État actuel. — Au niveau de la partie moyenne de la face antérieure de la jambe, en avant de la face interne du tibia, existe une tuméfaction molle, tendue, luisante, chaude, rouge et douloureuse. Tout autour, léger empâtement. La tuméfaction a à peu près 10 centimètres de long.

Incision suivant le grand axe.

Issue d'une grande quantité de caillots sanguins mêlés d'un liquide purulent.

On racle légèrement la poche avec une curette, on lave plusieurs fois à l'alcool rectifié pur, puis on referme et on applique par dessus un pansement de Lister que l'on maintient quarante-huit heures sous une bonne compression ouatée.

Au bout de ce temps, les parois de la poche adhèrent entre elles ; il ne reste au niveau de l'incision qu'un petit espace linéaire que l'on

cautérise avec le nitrate d'argent. Nouveau pansement de Lister.

27. — C'est-à-dire six jours après son entrée, le malade sort guéri.

Obs. XLVIII. — *Contusion du pied. Compresses résolutives. Repos. Guérison.* — Lecoq (Julien), cinquante-deux ans, charretier, entre le 10 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 35.

La veille, sa voiture lui a passé sur le pied droit.

État actuel. — Sur la face dorsale du pied, partant de la partie postérieure du bord externe et se dirigeant obliquement vers la racine du gros orteil, large ecchymose et légères érosions de l'épiderme. Léger gonflement du pied.

Les mouvements sont pénibles, mais s'exécutent sans aucune crépitation du côté des métacarpiens ; pas de signe de fracture.

Repos au lit. Compresses résolutives.

Au bout de cinq jours, l'ecchymose a presque disparu, de même que le gonflement.

15 *juin.* — Sortie.

Obs. XLIX. — *Contusion du pied. Immobilisation. Guérison.* — Lériwy (Désiré), vingt-trois ans, tonnelier, entre le 11 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 6.

Ce malade a reçu sur le pied droit un tonneau assez lourd. Immédiatement renversé, on le transporte à l'hôpital.

État actuel. — La tuméfaction du pied rend l'exploration difficile. Ecchymoses sur la face antéro-interne du pied.

Semelle en plâtre pour immobiliser complètement les articulations de la région. Compresses imbibées d'alcool camphré.

14 *juin.* — Il ne s'est pas formé d'ecchymose consécutive. La tuméfaction disparaît. La douleur à la pression ne s'observe plus qu'au niveau des interlignes articulaires. Pas de signes de fracture.

16. — L'appareil plâtré est retiré. Bandes sèches.

18. — Le malade sort guéri.

Obs. L. — *Contusion du pied gauche. Immobilisation. Guérison.* — Laîné (Victor), vingt-six ans, charretier, entre le 3 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 6.

3. — Une voiture est passée sur le pied du malade. Assez lourdement chargée (fiacre à quatre places), elle a déterminé immédiatement une douleur extrêmement vive de toute la région. Le malade relevé est apporté à l'hôpital.

État actuel. — Tuméfaction et gonflement du pied. Douleur très vive à la pression, mais particulièrement au niveau des articulations. Le mouvement l'exagère. Aucune crépitation. Rien qui puisse faire penser à une fracture. Diagnostic.

Contusion du pied gauche.

Semelle plâtrée immobilisant les articulations du pied ainsi que la tibio-tarsienne.

13. — Dix jours après l'accident, l'appareil est retiré. Les mouvements restent extrêmement douloureux.

Badigeonnages iodés.

17. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Obs. LI. — *Contusion du pied. Épanchement sanguin. Crépitation faisant croire à une fracture des métatarsiens. Compresses d'eau blanche. Guérison.* — Dupuy (Joseph), soixante-dix ans, journalier, entre le 22 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22.

Une voiture chargée de charbon de terre (1500 kilogrammes) lui a passé sur le pied droit. Vive douleur immédiatement. Impossibilité de marcher. Une demi-heure après, gonflement de tout le dos du pied.

État actuel. — Contusion occupant toute la moitié externe de la face dorsale du pied, tuméfaction de cette face, et du quart inférieur de la jambe. Mouvements articulaires possibles, mais limités et douloureux. Crépitation sanguine au niveau des quatrième et cinquième métatarsiens; pas de mobilité anormale. Compresses d'eau blanche.

Le cinquième jour, le gonflement de la jambe a disparu, celui du pied est moindre, on ne perçoit plus de crépitation.

1er avril. — Le malade sort guéri.

Obs. LII. — *Contusion du pied. Abcès traumatique, chez un rhumatisant. Drainage. Guérison.* — Rateau (Jean), quarante et un ans, charretier, entre le 28 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 4.

A dix-neuf ans, maladie de poitrine non soignée ayant duré 9 mois. Rhumatisme articulaire à vingt ans ayant duré quinze jours. Les douleurs sont revenues dans le genou gauche depuis cinq ou six mois, fortes surtout la nuit, pouvant empêcher le sommeil. A eu le petit orteil droit écrasé il y a quinze ans, alité pendant quinze jours.

Le 24 mars il reçoit un coup de pied de cheval sur le dos du pied droit. Douleur, perte de connaissance; impossibilité de reprendre le travail; cataplasmes.

État actuel. — Le dos du pied droit est occupé par un vaste abcès, fluctuant, du volume du poing.

Deux ouvertures et drainage. Il sort une assez grande quantité de pus grumeleux. Cataplasmes.

Vésicatoire sur le genou droit, qui présente la sensation au toucher de frottement de cuir neuf.

2 *avril.* — Amélioration notable; douches de vapeur. On ôte le drain.

10. — Sort guéri.

Plaies contuses.

A. — Tête.

Obs. LIII. — *Plaie contuse de tête. Fracture du médius. Guérison.* — Namarre (Alphonse), quarante-deux ans, caissier, entré le 28 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Il a été renversé la veille par une voiture dont la roue lui a passé sur la tête.

État actuel. — Vaste décollement du cuir chevelu; contusions multiples de la face et petite plaie de la lèvre supérieure. La solution de continuité occupant presque le méridien antéro-postérieur de la tête décrit une courbe à concavité gauche et mesure en tout 20 centimètres de long. Le lambeau ainsi formé est rabattu à gauche. On le remet en place en passant deux drains au-dessous et on le maintient avec quatre points de suture au fil d'argent.

Pansements et injections avec alcool camphré, acide phénique et eau tiède.

Fracture du médius gauche siégeant immédiatement au-dessous de l'articulation phalango-phalangienne. Immobilisation avec une petite planchette. Contusion de l'index.

Le soir P. = 100 — T. = 38°,5. La nuit, insomnie, mal de tête.

30 *janvier.* — On enlève les sutures, les bords de la plaie sont réunis par première intention ; on laisse les drains ; douleurs de tête moins fortes, bon état général. La fièvre traumatique tombe régulièrement.

1er *février.* — On enlève les drains, le lambeau a repris sur toute sa surface. La plaie de la lèvre s'est réunie par seconde intention. État général et local excellents.

8. — Quelques douleurs sont revenues vers la partie supérieure de la cicatrice. On y sent un peu de fluctuation. Les cicatrices sont détruites à ce niveau avec la sonde cannelée ; issue d'une petite quantité de pus.

Le soir, soulagement marqué.

9. — La plaie de tête est parfaitement cicatrisée et le malade quitte l'hôpital avec une bande de diachylon sur sa cicatrice. Il garde sa petite attelle au doigt fracturé.

Obs. LIV. — *Plaie contuse de tête n'intéressant que le cuir chevelu. Compresses d'eau alcoolisée. Guérison.* — Charles (Vincent), cinquante-neuf ans, maçon, entre le 18 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 1.

Il est tombé d'une échelle de la hauteur de 1 mètre, sur la tête. Il a été étourdi sur le coup, mais sans perdre connaissance.

État actuel. — Trois heures après l'accident, on voit sur le vertex

une plaie contuse, oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cette plaie, longue de 9 centimètres, présente des bords mâchés; la peau est décollée en arrière sur une étendue de 2 centimètres et est seule intéressée.

La plaie a saigné abondamment. Au niveau de l'os de la pommette, ecchymose s'étendant sur la paupière inférieure.

La plaie est nettoyée, les cheveux rasés et un pansement simple composé de compresses alcoolisées suffit pour amener la guérison.

17 *novembre.* — Le malade sort guéri.

Obs. LV. — *Plaie contuse de la tête. Phlegmon circonscrit du cuir chevelu. Guérison.* — Baldy, charretier, quarante et un ans, entre le 3 janvier 1881, dans notre service.

2 *janvier.* — Coup de botte sur le front, plaie en L renversé à base tournée vers le cuir chevelu.

Sutures avec des épingles et du fil entortillé, en ville.

Le malade est porté à l'hôpital.

3. — La plaie n'a pas mauvais aspect. Le malade ne souffre pas.

4. — La plaie est douloureuse, le lambeau qui a été décollé est gonflé. On ôte les sutures et on applique des cataplasmes.

5. — Même état. La pression sur le cuir chevelu à la base du lambeau est très douloureuse et fait sourdre du pus. Les lèvres de la plaie se sont écartées par suite du gonflement, aucune des sutures n'ayant abouti à produire de la réunion.

Des injections sont faites sur la plaie.

La pression faite méthodiquement tous les jours à la base du lambeau fait sortir le pus. Les cataplasmes sont continués.

Peu à peu le gonflement diminue et la plaie s'étant détergée, la pression n'étant plus douloureuse à la base du lambeau, toute complication du côté du cuir chevelu cesse d'être à craindre.

15. — Le malade sort en bon état.

Obs. LVI. — *Plaie contuse de la tête. Érysipèle. Fracture sans déplacement de la clavicule. Guérison.* — Mme Revel, vingt-huit ans, blanchisseuse, entre le 28 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 44. A été renversée par une voiture de fiacre et roulée sous les pieds du cheval. Conduite immédiatement à l'hôpital.

État actuel. — Une vaste plaie partant de la partie supérieure et médiane du front s'étend vers la région du pariétal droit, au centre de laquelle elle se termine. Ses bords sont mâchés, irréguliers et souillés par la poussière et les cheveux de la région. L'écoulement de sang n'est pas très considérable, probablement à cause de la contusion, car la temporale superficielle paraît avoir été divisée.

De plus la malade présente les signes classiques d'une fracture de l'extrémité externe de la clavicule droite entre les ligaments sous-claviculaires et la partie terminale de l'os. Il n'y a pas de dépla-

cement, mais le toucher suffit pour déterminer de la crépitation et même certains mouvements anormaux. De plus l'ecchymose et la vive douleur perçue par la malade au moment où l'on applique son doigt au niveau précis des extrémités séparées ne permettent de conserver aucun doute. L'état général est excellent.

Le bras droit est mis en écharpe.

La plaie de tête est nettoyée avec le plus grand soin et soigneusement détergée au moyen de grands lavages à l'eau phéniquée et alcoolisée. On rase, on rapproche les bords de la plaie, et six points de suture métallique les fixent soigneusement l'un contre l'autre.

1er *avril.* — La malade va bien. Cependant les bords de la plaie ne se réunissent pas. On enlève les points de suture, qui sont remplacés par des bandelettes de diachylon.

5. — État saburral très prononcé. La plaie laisse suinter un liquide sanieux et fétide. Il y a également un peu de rougeur des bords.

6. — L'érysipèle est maintenant évident. La malade passe au chalet, salle Sainte-Placide, n° 5.

9. — L'érysipèle a envahi la plus grande partie de la face et du cuir chevelu. La langue est très blanche. Pouls = 110. T. = 39°. Mais il n'y a pas de délire et la malade résiste très bien. Un verre d'eau de Sedlitz tous les matins.

12. — L'inflammation a considérablement diminué.

18. — L'érysipèle est terminé. Mais il reste deux abcès circonscrits de la nuque assez volumineux que nous ouvrons au bistouri. Leur évacuation donne environ un demi-verre de pus.

23. — La malade sort guérie de son érysipèle. La cicatrice de la plaie est à peine visible sur le front. Enfin, depuis trois jours, elle a quitté son écharpe et peut se servir de son bras. Le travail de consolidation ne paraît pas en effet avoir été influencé par l'état général.

Obs. LVII. — *Plaie contuse du cuir chevelu. Guérison.* — Lallemand (Henriette), quarante-quatre ans, savonneuse, entre le 12 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 42 *bis*.

Cette femme, née à Bazeilles (Ardennes), de parents à cheveux chatains, est un type d'*albinos :* les cheveux sont blancs et laineux, la peau mate et décolorée ; les yeux sont rouges et l'iris est absolument privé de pigment. Il y a un nystagmus double horizontal; nyctalopie.

Mariée deux fois, avec deux hommes à cheveux foncés, elle a eu, du premier, deux enfants qui sont bruns et n'ont aucun caractère d'albinisme.

D'une intelligence assez bornée, elle n'a jamais pu apprendre à lire. Fille d'un père buveur, elle s'est mise elle-même à boire avec excès du vin et de l'eau-de-vie, et elle a des signes non équivoques d'intoxication alcoolique : rêves, réveils en sursaut, anesthésie des extrémités.

Le dimanche, 2 février, elle absorbe successivement plusieurs verres

d'absinthe, perd connaissance et tombe dans la rue. On l'apporte à l'hôpital dans un état complet d'ivresse.

État actuel. — Plaie du cuir chevelu siégeant à la partie postérieure de la région pariétale droite. Elle a 6 centimètres de longueur. Le bord supérieur, décollé dans une étendue de 1 à 2 centimètres, est soulevé par un caillot sanguin. L'os n'est pas dénudé.

Lavage et pansement alcoolisés.

13. — Ni fièvre ni délire, céphalalgie légère. Le lambeau se recolle.

15. — Pas de complications. Elle sort en voie de guérison.

Obs. LVIII. — *Plaie contuse de la région temporale. Hémorrhagie de la temporale superficielle. Pincement. Guérison.* — Pipollet, trente-cinq ans, scieur, entre le 13 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Étant gris, ce malade est tombé, la tête sur l'angle d'un trottoir. La temporale superficielle ouverte à 6 centimètres de son origine donne une hémorrhagie assez considérable. Le malade dit avoir perdu un demi-litre de sang. La plaie est très petite et à bords contus.

Le bout central est saisi avec une pince hémostatique qu'on laisse à demeure. Pansement simple.

Ajoutons qu'il existe un peu de contusion du genou, mais celle-ci ne présente aucune gravité.

14 *mai.* — La pince est enlevée à la contre-visite. Pansement simple.

16. — La plaie est recouverte de diachylon et le malade renvoyé guéri.

Obs. LIX. — *Plaie contuse du sourcil. Contusion du genou. Érysipèle. Abcès du cou. Guérison.* — Madame Goyet, quarante-neuf ans, blanchisseuse, entre le 8 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 49. Chute, le 4 mars, dans une fosse d'aisance. La malade en tombant se contusionne le genou et se fait une plaie du sourcil.

État actuel. — Plaie transversale du sourcil, longue de 4 centimètres, déchiquetée, mâchée, et entourée déjà d'une petite zone inflammatoire.

Le genou est le siège d'ecchymoses peu étendues ; l'articulation a conservé ses mouvements et, de ce côté, nous n'avons évidemment rien de sérieux à craindre.

Pansement alcoolisé phéniqué sur la plaie du sourcil. Compresses résolutives sur le genou.

9 *mars.* — Il y a eu un peu de fièvre ; état saburral prononcé. La plaie est toujours rouge et de mauvais aspect.

10. — Érysipèle. — T. = 39°. P. = 180. Délire. Passage au Chalet d'isolement, salle Sainte-Placide, n° 15.

12. — Le délire a disparu sous l'influence des potions opiacées. Mais l'érysipèle continue son cours, et après avoir envahi tout le cuir chevelu, commence à occuper le cou.

20. — L'érysipèle est exclusivement limité à la région du cou.

31. — Deux abcès du cou se sont développés sur l'emplacement de l'érysipèle. Nous en pratiquons l'ouverture qui donne issue à un verre de pus. Drains. Lavages antiseptiques.

8 *avril.* — Les drains sont retirés; la malade guérie quitte le service le 13 avril.

Obs. LX. — *Plaie contuse de la paupière supérieure gauche. Érysipèle. Guérison.* — Cuvex (François), vingt-trois ans, employé, entre le 14 avril 1882, salle Sainte-Placide, n° 2. Homme d'une bonne santé. Il est tombé d'une hauteur d'un mètre, la tête en avant, sur un rail de chemin de fer. Perte de connaissance pendant cinq minutes environ. Pas d'écoulement de sang par le nez, ni par les oreilles. Plaie de la paupière supérieure gauche. Il reste trois jours chez lui avant d'entrer à l'hôpital.

État actuel. — Plaie contuse de la paupière parallèle au sourcil; gonflement et rougeur des deux paupières, de la joue et du nez. Érysipèle.

Le lendemain et les jours suivants, fièvre peu intense mais accompagnée de délire.

20 *avril.* — Deux petits abcès se sont formés dans l'épaisseur de la paupière inférieure. Ponction des abcès.

22. — La tuméfaction a beaucoup diminué.

28. — Guérison des abcès. La plaie de la paupière supérieure se couvre de bourgeons charnus.

26 *mai.* — La plaie est complètement cicatrisée. La paupière supérieure est dure; elle a perdu sa souplesse et ne peut se relever qu'incomplètement.

28. — Sortie.

Obs. LXI. — *Plaie contuse de la lèvre supérieure. Érysipèle traumatique de la face. Hématome de la cloison terminé par résorption. Guérison.* — François (Georges), quarante-deux ans, charbonnier, entre le 8 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 42.

Cet homme, en portant, il y a trois semaines, un sac de charbon, a fait un faux pas et est tombé sur la figure. Pas de perte de connaissance; abondant saignement de nez par la narine droite. Au-dessous de cette narine, petite plaie qui se cicatrisait lentement. Elle n'était point encore guérie, lorsque, le 4 mai, le malade ressentit de la fièvre, des maux de tête et eut des vomissements. Depuis ce jour, chaque soir, état fébrile.

Dès le lendemain de l'apparition de ces symptômes, le nez commença à enfler et il entre à l'hôpital le 8 mai.

Etat actuel. — Tuméfaction et rougeur érysipélateuse occupant tout le nez et la partie avoisinante des joues; les paupières participent à la tuméfaction; mais ce qui frappe surtout, c'est un gonfle-

ment énorme de la cloison des fosses nasales, gonflement tel, que les deux narines sont complètement obstruées. Un ganglion sous-maxillaire droit est tuméfié et douloureux.

On transfère le malade au pavillon d'isolement.

17 *mai*. — Guérison de l'érysipèle, mais il reste la tuméfaction de la cloison. La saillie est encore assez considérable pour obturer les deux narines et empêcher le passage de l'air par le nez.

La peau qui recouvre la tumeur est d'un rouge bleuâtre ; la consistance est demi-molle et la pression est peu douloureuse. Hématome de la cloison.

La tumeur diminue très lentement.

23. — L'air commence à pouvoir passer entre la cloison et la paro des fosses nasales, surtout pendant l'expiration.

25. — La tuméfaction a notablement diminué et le malade quitte l'hôpital.

B. — Cou.

Obs. LXII. — *Plaie contuse du cou. Éraflures multiples. Contusions. Torticolis traumatique. Guérison.* — Gélain (Aimable), fondeur, seize ans, entre le 23 février, salle Saint-Augustin, n° 76.

Ce malade a été pris dans la journée par une poulie qui l'a enlevé et l'a heurté aux objets environnants.

Il ne présente aucun antécédent, et bien que d'aspect assez malingre, possède une bonne santé habituelle.

État actuel. — Contusions et éraflures multiples, les principales siégeant à la partie gauche du cou, à la région scapulaire gauche, à l'épaule droite et au bras droit.

De plus, la tête est fortement tournée à droite, le malade se remue tout d'une pièce et est incapable de faire des mouvements de latéralité du cou. Le sterno-mastoïdien droit et le trapèze sont contracturés à droite ; aussi, à l'inclinaison de la tête de ce côté se joint un certain degré de rotation. Néanmoins, en procédant avec prudence et en faisant immobiliser le tronc du malade on peut, au moyen d'un certain effort, ramener la tête dans la rectitude. Dans ce mouvement, qui s'accompagne d'une certaine douleur, on ne sent aucune crépitation, ni rien qui puisse faire songer à une lésion de la colonne vertébrale. L'exploration directe de ce côté est d'ailleurs absolument muette. Pas de traces de contusions à droite du cou.

L'attitude de la tête persiste jusqu'au 26 février. Les éraflures traitées par des applications d'ouate ont cessé d'être douloureuses. Le malade se lève et mange de bon appétit. Les nuits sont bonnes.

Les jours suivants le torticolis disparaît, et le malade sort guéri le 2 mars.

C. — Membre supérieur.

Obs. LXIII. — *Plaie contuse de l'avant-bras gauche. Pansement simple. Guérison.* — Blondeau (Auguste), trente-huit ans, journalier, entre le 18 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 71.

En tombant de la hauteur de quelques marches dans un escalier, le bras sur une barre de fer, il s'est fait une plaie assez profonde qui a beaucoup saigné.

État actuel. — A la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude, existe une plaie transversale de 4 centimètres, intéressant la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et les fibres superficielles du fléchisseur. Les bords sont irréguliers; tout autour de la plaie, on constate un gonflement qui s'étend en bas jusqu'au pli du poignet. Douleur assez vive exagérée par la flexion des doigts que le malade tient demi-fléchis.

Pansement avec compresses d'eau alcoolisée et, dix jours après, pansement ordinaire avec linge fenêtré, et charpie imbibée d'alcool camphré. Guérison.

Obs. LXIV. — *Plaie par écrasement de la main droite. Immobilisation au moyen d'une planchette. Pansement phéniqué. Guérison.* — Valentin (Léon), trente-deux ans, homme de peine, entre le 1er septembre 1881, n° 27, salle Sainte-Marthe.

Il vient d'avoir la main droite prise sous un pilon mû par la vapeur.

État actuel. — A la partie médiane de la paume de la main, on constate une plaie profonde s'étendant du bord cubital au bord radial. Cette plaie intéresse la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose palmaire qui est divisée. Les bords sont irrégulièrement coupés. Ni l'arcade superficielle, ni la profonde ne sont atteintes.

Du côté de la face dorsale, existe une autre plaie moins longue que la précédente, 4 centimètres, n'intéressant que la peau. Le troisième métacarpien est fracturé, ainsi que la première phalange du médius. Toute la main, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras sont très tuméfiés. Les doigts ont été épargnés, à part la première phalange du médius. Les mouvements et la sensibilité de la main sont entièrement conservés. Le malade souffre énormément. Il est très pâle, le visage est baigné d'une sueur froide.

On place tout d'abord la main sur un coussin et l'on applique sur les plaies des compresses arrosées d'eau fraîche.

2 *septembre.* — Le malade a de la fièvre, il n'a pu dormir, les souffrances sont très grandes. Inappétence. Langue sèche.

Une demi-bouteille d'eau de Sedlitz.

Une pilule d'opium, le soir, à 5 centigrammes. P = 98. — T. S. = 38°9. — T. M. = 38°4.

4. — Le malade se trouve mieux; il existe encore de la fièvre. Quelques heures d'un sommeil calme.

P. = 96 — T. S. = 38°9. — T. M. = 38°3.

5. — On immobilise la main au moyen d'une planchette et l'on panse les plaies avec de l'alcool phéniqué. Le malade a mangé deux potages avec appétit. Encore un peu de fièvre le matin et le soir.

P. = 96. — T. S. = 38°5. T. M. = 38°3.

7. — Il y a un mieux sensible dans l'état général. La fièvre est presque tombée, l'appétit revient, ainsi que le sommeil. Tout va bien du côté de la main.

P. = 88. — T. S. = 38°1. — T. M. = 37°9.

A partir de ce jour la guérison marche rapidement et, cinq semaines après l'entrée, les plaies sont cicatrisées, et les fractures du métacarpien et de la phalange sont consolidées.

12 *octobre.* — Sortie.

Obs. LXV. — *Plaie par écrasement de la main et des doigts (médius). Immobilisation sur une palette. Pansement avec l'alcool phénique. Guérison.* — Savary (Léon), quarante-deux ans, homme de peine, entre le 25 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 14.

Il y a trois heures, un morceau de fonte lui est tombé sur la main gauche.

État actuel. — Le doigt médius présente une plaie qui occupe toute la face dorsale, partant de la racine et arrivant jusqu'à 3 millimètres de l'ongle. Cette plaie est oblique. Ses bords sont contus. Mais c'est surtout du côté de l'os que se trouvent les désordres. Les deux premières phalanges du doigt ont été fracturées. La première est ouverte en deux, suivant sa longueur, comme si on l'eut fendue avec un ciseau ; la deuxième est littéralement broyée. Les articulations n'ont pas souffert. Gonflement de la face dorsale de la main. Les autres doigts ont été légèrement atteints. On voit sur l'annulaire et le petit doigt quelques plaies très superficielles.

On commence par placer la main sur un coussin et l'on fait de l'irrigation continue.

Le cinquième jour, immobilisation de la main et des doigts sur une planchette, en ayant bien soin de mettre le doigt blessé dans la rectitude la plus parfaite, puis on fait un pansement avec la charpie imbibée d'alcool phéniqué.

La guérison marche très vite. Il s'est produit une ankylose de l'articulation de la première phalange avec la seconde. L'articulation métacarpo-phalangienne fonctionne très bien.

29 *octobre.* — Sortie.

Obs. LXVI. — *Écrasement de la main gauche. Fracture comminutive de l'index et du médius. Fracture des métacarpiens correspondants. Compresses d'eau phéniquée. Amputation de l'index et du médius.*

Avant-bras et main maintenus dans l'immobilité et dans une position élevée. Guérison. — Julien (Théodore), vingt-sept ans, homme de peine, entre le 9 août 1881, n° 74, salle Saint-Augustin.

Plusieurs pavés lui sont tombés sur la main gauche de la hauteur d'une voiture.

État actuel. — La face palmaire de la main est le siège d'une vaste plaie saignante, à bords irréguliers. Les muscles de l'éminence thénar font hernie. Du côté des doigts, le médius et l'index ne présentent qu'une masse informe ne tenant à la main que par quelques lambeaux de tendons. Les os sont broyés et des fragments font saillie à la surface de la plaie. Le pouce n'a absolument rien, l'annulaire et le petit doigt ne présentent qu'une plaie insignifiante. La plaie est très saignante, mais aucune artère importante ne semble divisée.

Du côté des métacarpiens, on observe une fracture simple du deuxième et du troisième. Les fractures de ces deux os ne sont pas au même niveau. Celle du deuxième se trouve près de la tête ; celle du troisième siège à peu près à la partie moyenne. Le malade souffre beaucoup, il répond à peine aux questions qu'on lui pose.

On place la main dans l'élévation au moyen de coussins, et on applique sur les plaies des compresses d'alcool phéniqué souvent renouvelées.

10 *août.* — Le malade continue à souffrir beaucoup. Il n'a pu dormir. Mouvement fébrile. Inappétence. P. = 102. — T. = 38°9.

12. — Le malade étant chloroformé, on pratique l'amputation de l'index et du médius. Même traitement. Pilule d'opium le soir à 5 centigrammes.

14. — Le malade se trouve un peu mieux. Il repose un peu et a moins de fièvre. L'appétit est nul. Bouillon. Potages légers.

P. = 98. — T. = 38°.

Les plaies ont un bel aspect.

Peu à peu le mieux se produit, la cicatrisation se fait et le 24 septembre 1881 la guérison est à peu près complète.

24 *septembre.* — Sortie.

Obs. LXVII. — *Plaie contuse de la main et du médius.* — Ramé (Eugène), cinquante-deux ans, orfèvre, entre le 16 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 33. Ce malade a toujours joui d'une excellente santé. Sa main droite a été prise dans un engrenage.

Etat actuel. — Plaie contuse du dos de la main au niveau du troisième métacarpien, s'étendant au médius dont la première phalange est luxée. Le tendon extenseur est rompu et détruit. Hémorrhagie assez abondante.

Réduction de la luxation du médius. Lavage de la plaie avec alcool phéniqué. Premier pansement avec des compresses phéniquées, du taffetas et de l'ouate

10 *janvier*. — Il n'y a pas eu menace de phlegmon. Le gonflement initial n'a pas tardé à disparaître, et durant tout ce temps le malade n'a présenté aucun phénomène inflammatoire, ni aucun mouvement de fièvre. État général satisfaisant.

20. — La plaie a bon aspect, les bourgeons charnus sont nombreux et nécessitent l'emploi du crayon de nitrate d'argent.

30. — Les cautérisations au nitrate d'argent sont continuées sur la plaie de la main, mais le pansement est modifié. On substitue aux compresses phéniquées un pansement avec des bandelettes de diachylon.

10 *février*. — La cicatrisation de la plaie a fait des progrès rapides.

20. — Le malade qui est retourné chez lui revient nous montrer sa main. Cautérisation au nitrate d'argent. Pansement au diachylon.

Nous conseillons en outre au malade de prendre des *bains locaux* et de faire faire autant que possible des mouvements à ses doigts.

Obs. LXVIII. — *Plaie contuse de la face dorsale de la main gauche. Sphacèle de l'index. Guérison.* — Vincent (Théophile), vingt-deux ans, journalier, entre le 21 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. Le 4 avril, le malade a la main gauche prise dans un engrenage. Plaie contuse entamant transversalement et hémorrhagie assez considérable.

Cataplasmes, puis pansement à l'alcool camphré. Douze jours après, c'est-à-dire vers le 16 avril, l'index a commencé à devenir noir; peu à peu il a diminué de volume (Dès le traumatisme, il était absolument insensible).

Etat actuel. 21 avril. — L'index est absolument mortifié dans les dernières phalanges; un sillon éliminatoire très net s'est produit, recouvert de bourgeons de bonne nature. La plaie de la face dorsale de la main ne comprend que la peau. Pansement au vin aromatique.

26. — Le malade demande à sortir; il viendra au pansement.

2 *mai*. — Ablation des deuxième et troisième phalanges de l'index, qui sont mortifiées.

6. — La première phalange de l'index paraît nécrosée. Elle est mobile, nous l'enlevons. Pansement de Lister.

9. — Réunion des bords de la plaie avec des bandelettes de diachylon. On les enlève le 16 mai. La réunion est à peu près complète.

Obs. LXIX. — *Ecrasement de l'index, du médius et de l'annulaire de la main gauche par un pilon mécanique. Irrigation continue. Immobilisation des doigts et de la main au moyen d'une palette. Pansement phéniqué. Guérison.* — Leroux (Charles), dix-neuf ans, estampeur, entre le 23 août 1882, salle Saint-Augustin, n° 78.

A eu les doigts de la main gauche pris sous un pilon mû par un moteur à gaz.

Etat actuel. — Le pouce et le petit doigt n'ont pas été atteints,

mais l'index, le médius et l'annulaire ont été écrasés et la troisième phalange du médius a été arrachée. Les parties molles ont été broyées, mais les tendons de même que les os ont été épargnés. Le malade peut faire exécuter aux doigts sur lesquels a porté le traumatisme les mouvements de flexion et d'extension.

Les douleurs sont très vives surtout lorsque l'on pratique l'examen de la partie blessée.

Nous immobilisons les doigts et la main sur une planchette et faisons de l'irrigation continue.

Le dixième jour après l'accident, pansement avec l'eau phéniquée au vingtième. La cicatrisation commence à se faire.

Le dix-septième jour, application de bandelettes de diachylon imbriquées les unes sur les autres.

Le vingt-deuxième jour, cicatrisation presque complète.

24 *septembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. LXX. — *Ecrasement de l'index de la main gauche. Immobilisation du doigt avec deux petites planchettes. Pansement avec l'eau phéniquée. Guérison.* — Richelet (Jean), cinquante-cinq ans, jour-journalier, entre le 22 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 2.

Il a eu l'indicateur de la main gauche pris dans un engrenage. Les deux dernières phalanges ont seules été atteintes.

Etat actuel. — L'ongle a été enlevé, la phalange unguéale est nue à son extrémité, les chairs sont déchirées très irrégulièrement et tout à fait détruites sur la face postérieure de la seconde phalange. On coupe avec une pince de Liston la phalangette dénudée et l'on place sur les côtés du doigt deux attelles en bois très mince que l'on maintient avec deux bandes de diachylon. Pansement avec eau phéniquée; le tout est recouvert d'ouate et maintenu dans l'élévation.

Le malade souffre beaucoup; pas de fièvre. La plaie se cicatrise bien, aucun accident ne survient. On panse ensuite avec le diachylon ; le 1er avril la plaie est cicatrisée, et le doigt n'est pas trop déformé. Sortie le 1er avril.

Obs. LXXI. — *Plaies contuses multiples du médius et de l'index droit. Guérison.* — Tremont (Théophile), dix-sept ans, maçon, entre le 19 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. Le jour de son entrée, le malade a la main droite saisie par un engrenage. Il peut la retirer immédiatement. Deux doigts ont été endommagés, l'index et le médius.

On applique sur les doigts et sur la main des compresses d'eau-de-vie camphrée.

Etat actuel. — 20 *juillet.* — On constate sur la face dorsale des deux doigts l'existence d'excoriations multiples de peu d'importance. L'ongle du médius est en partie détaché et soulevé par une infiltration sanguine. Les faces palmaires sont plus compromises.

Celle du médius présente une plaie longitudinale partant de la troisième phalange, pour aboutir à l'insertion de ce doigt sur la main. Cette plaie offre deux lèvres dont l'externe est détachée des parties sous-jacentes sur une assez grande étendue, ce qui, sur toute la hauteur de la seconde phalange, met à nu les tendons fléchisseurs.

Celle de l'index présente deux plaies : une de la troisième phalange, qui est déchirée et très contuse, une autre au niveau du pli de flexion de la deuxième sur la première, et qui paraît avoir peu d'importance. Peu d'œdème de la main.

Douleurs sourdes et continues.

Après avoir réuni par deux bandes circulaires de diachylon la plaie longitudinale du médius, on fait un pansement de Lister, une palette étant placée sous la face palmaire de la main.

22 *juillet*. — L'écartement des lèvres de la plaie principale est beaucoup moindre. Pansement au vin aromatique.

25. — Des bourgeons de bonne nature se montrent sur toutes les plaies. On continue le même pansement.

3 *août*. — Cautérisation au nitrate d'argent des bourgeons qui sont exubérants.

7. — Pansement avec les bandelettes de diachylon. Amélioration notable à partir de cette époque jusqu'au 26 août, époque à laquelle le malade sort absolument guéri, et pouvant reprendre ses occupations.

Obs. LXXII. — *Plaie contuse de l'index et du médius de la main gauche par une scie mécanique; tentative de conservation. Sphacèle. Amputation de l'index, de la phalangette et de la phalangine du médius. Pansement phéniqué. Guérison.* — Hebert (J.-B.), vingt-cinq ans, employé dans une scierie, entre le 30 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 9.

La veille il a eu le médius et l'index saisis par une scie mécanique.

Etat actuel. — Du côté de l'index, les désordres sont assez graves; les chairs sont mâchées, le tendon fléchisseur coupé, l'ongle arraché, mais les os ne sont pas intéressés.

Quant au médius, les parties molles recouvrant les deux dernières phalanges sont également réduites en bouillie et les os sont fracturés. L'ongle qui n'est pas complètement arraché reste suspendu par quelques lambeaux de chair. Le malade est très pâle; il a eu deux syncopes. Nous plaçons provisoirement la main sur une planchette et nous recouvrons les doigts blessés avec des compresses d'eau froide.

Le troisième jour, plaques de sphacèle.

4 *juillet*. — Le sphacèle envahit les parties blessées.

7. — La gangrène est limitée à la première phalange du médius, mais elle atteint celle de l'index.

11. — On est obligé d'amputer l'index et les deux dernières phalanges du médius. Chloroforme. Amputation. Pansement phéniqué.

20. — La guérison est presque complète. Sortie.

Obs. LXXIII. — *Plaie contuse de l'index gauche. Amputation. Guérison.* — Delon (François), trente-quatre ans, chauffeur, entre le 24 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 3.

Quand on apporte le malade à l'hôpital, son pouce et son index gauches viennent d'être saisis par une scie à vapeur.

Le pouce est fortement contus; quant à l'index, ses deuxième et troisième phalanges ne sont retenues à la première que par un lambeau cutané de la face palmaire.

On ampute la première phalange dans sa continuité, en faisant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur. Suture au fil d'argent. Pansement de Lister.

3 *mars.* — On enlève les points de suture. Pansement au vin aromatique.

8. — Pansement aux bandelettes de diachylon. La plaie résultant de l'amputation était à peu près cicatrisée; les plaies contuses du pouce étaient en très bonne voie de guérison lorsque, sans cause connue, et pour la première fois de sa vie, le malade éprouva à l'épaule droite une douleur rhumatismale assez vive pour l'empêcher de dormir.

Ce rhumatisme ne resta pas longtemps localisé à l'épaule droite. Il atteignit l'épaule gauche, puis les articulations des genoux et des cous-de-pied, montrant une assez grande mobilité, ne se modifiant ni sous l'influence de fortes doses de salicylate de soude (8 grammes), ni sous celle du sulfate de quinine (1 gr. 50).

Le 30 mars, le malade passe dans un service de médecine.

Obs. LXXIV. — *Plaie contuse de l'index et du médius produite par un cylindre. Amputation des deux doigts. Guérison.* — Davy (Étienne), dix-neuf ans, mécanicien, entre le 7 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 75. Il vient d'avoir la main prise entre deux cylindres. On a eu le temps d'arrêter la machine et l'index et le médius seuls ont été atteints d'une façon sérieuse.

Etat actuel. — Ces deux doigts ne présentent plus qu'un amas de chairs informes. Les phalanges ont été complètement broyées, les tendons déchirés et cette masse ne tient plus au reste de la main que par quelques lambeaux de peau.

Sur la face dorsale de la main existe une plaie longue de quatre centimètres, mais n'intéressant que la peau; sur la face palmaire du petit doigt existe au niveau de la première phalange une plaie également superficielle. Hémorrhagie abondante.

Le malade a perdu connaissance. Douleurs excessivement violentes.

L'amputation de ces deux doigts est faite séance tenante. Pansement de Lister.

8 *avril.* — Le malade n'a pu dormir; il a eu de la fièvre. Il se plaint d'avoir mal à l'estomac. Trente grammes d'huile de ricin.

10. — Le malade se trouve bien; les souffrances sont supportables; il mange avec appétit.

La plaie est en bon état. Même pansement.

27. — Cicatrisation presque complète. Le malade demande à quitter l'hôpital.

28. — Sortie.

Obs. LXXV. — *Plaies des doigts par écrasement. Pansement ouaté. Guérison.* — Demayer (Paul), seize ans, mouleur en fer, entre le 27 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 6. Strumeux. Ganglions cervicaux et cicatrices à gauche. Le jour de l'entrée, a été pris dans un engrenage.

Etat actuel. — Plaies par écrasement de la main droite.

L'index a son articulation phalango-phalangettienne ouverte à son côté externe par une plaie contuse. On l'assujettit avec une petite attelle en carton.

Le médius et l'annulaire sont broyés, écrasés jusqu'au milieu de la première phalange. On achève de détacher l'extrémité broyée du médius. Il n'y a pas d'hémorrhagie. Pansement ouaté.

Pas de douleurs, bon sommeil, bon appétit.

6 *juin.* — On enlève le premier pansement ouaté. L'extrémité des doigts bourgeonne et a très bon aspect. La plaie articulaire de l'index semble obturée; l'état général continue a être très bon. Le malade ne souffre pas.

On remet un pansement ouaté.

15. — Sort avec quelques points suppurant encore, pansement au diachylon.

Il revient pendant quelques jours se faire panser dans la salle. La guérison est complète le 30 juin.

D. — Membre inférieur.

Obs. LXXVI. — *Plaie par écrasement du membre inférieur droit, décollement très étendu. Hémorrhagie considérable. Mort. Autopsie.* — Moreau (Victorine), neuf ans, entre le 19 janvier 1880, salle Sainte-Marthe, n° 41. Conduisant un aveugle, cette enfant a été renversée par une voiture lourdement chargée. Une roue lui est passée sur le membre inférieur droit probablement de bas en haut et de dedans en dehors.

Etat actuel. — On l'apporte à l'hôpital à 11 heures du matin, quelque temps après le départ de M. Péan. S'il faut en croire les per-

sonnes présentes elle a perdu beaucoup de sang. D'ailleurs il en reste une quantité assez considérable sur le brancard et l'articulaire interne du genou semble saigner encore au moment où on la pose sur le lit.

Le décollement est considérable et occupe au moins les deux tiers inférieurs de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe. Les trois quarts de la circonférence du membre sont aussi détachés sur cette hauteur.

Ce n'est pas tout, la peau est divisée suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à bords assez nets. Ces bords sont écartés de 7 à 10 centimètres à la partie moyenne de la plaie, beaucoup moins à ses extrémités. Retournés sur eux-mêmes et comme enroulés ils laissent ainsi à nu une large surface musculo-aponévrotique contuse et couverte de boue noirâtre par le passage de la voiture.

Aussitôt la malade couchée dans le lit, la jambe étendue, toute hémorrhagie se suspend. La face est très pâle, le pouls filiforme : il y a un peu de délire, la malade manifeste un invincible besoin de dormir. En vain lui fait-on prendre immédiatement du vin de Bagnols et un peu de rhum. La température demeure basse (36°) et la malade ne peut dominer le *choc* sous l'influence duquel elle se trouve.

Toute intervention étant contre-indiquée par ce fait, on lave soigneusement le membre avec de l'eau alcoolisée, la plaie, nettoyée, est détergée avec soin, la cuisse et la jambe sont placées dans des compresses imbibées d'alcool et recouvertes de taffetas gommé. L'immobilisation est obtenue au moyen d'une gouttière.

Enfin, bien enveloppée de linges chauds, la malade est mise aux potages gras et aux vins généreux.

19 *janvier* (soir). — T. 39°2. Délire. *Facies pallida.* On sent à peine le pouls. Petite potion opiacée.

20 (matin). — Délire. T. = 39°. Même état.

La malade meurt à 3 heures du soir.

Autopsie. — Tous les organes sont décolorés et plus ou moins exsangues, mais on n'y trouve rien de particulier. Le sang est noirâtre et poisseux.

Malheureusement son analyse au point de vue des organismes inférieurs que l'on y pourrait rencontrer n'a pu être faite, comme nous le comptions, par un préparateur de Pasteur.

Obs. LXXVII. — *Contusions et plaie contuse de la face latérale du genou gauche.* — Kuhuc (Eugène), dix-sept ans, palefrenier, entre le 15 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 20. Bonne santé habituelle.

Le 15 mai, une pièce de fer pesant une centaine de kilos, que des ouvriers étaient en train de manœuvrer, leur échappe des mains et vient lui frôler le genou gauche. Le malade est renversé. Il peut

se relever seul et venir à pied jusqu'à l'hôpital, soutenu par un de ses camarades.

Etat actuel. — 16 *mai.* — A la face interne du genou gauche, existe une plaie contuse de 12 centimètres de long, à direction longitudinale.

Pas d'épanchement dans l'articulation du genou. Douleur vive à la pression au niveau de cette articulation, surtout en dedans. La douleur est très vive aussi lorsqu'on fait exécuter des mouvements passifs à cette articulation. Le malade ne peut qu'à grand'peine la faire mouvoir.

On peut constater en outre, au niveau de la bourse prérotulienne, une sensation de crépitation particulière, analogue à celle de la neige ou de l'amidon. Cette sensation existe depuis la partie moyenne de la rotule jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'épine du tibia.

Compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

18 *mai.* — Bain sulfureux. Amélioration notable ; le malade peut se lever.

19. — L'amélioration continue. Le malade peut marcher une partie de la journée. La douleur est beaucoup moindre. Pas d'épanchement soit dans l'articulation du genou, soit dans la bourse séreuse prérotulienne.

22. — Exeat.

Obs. LXXVIII. — *Plaie contuse du genou. Pansement phéniqué. Repos. Guérison.* — Lang (Édouard), seize ans, graveur, entre le 20 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 25. En courant, chute sur le genou droit.

Etat actuel. — A la face antérieure du genou droit, au niveau de la rotule, plaie transversale, cutanée, à bords réguliers, comme dans le cas de plaie par instrument tranchant. Léger gonflement autour de la plaie. Pas de fracture de la rotule.

Repos. Pansement avec des compresses imbibées d'eau phéniquée.

Le 28 juillet, le malade sort guéri.

Obs. LXXIX. — *Plaie contuse de la jambe gauche. Point d'ostéite superficielle et limitée. Guérison.* — Chapron, trente et un ans, mécanicien, entre le 8 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 6. Il y a un mois, plaie du tiers supérieur de la jambe gauche produite par un coup de canne plombée.

Hémorrhagie assez considérable au moment de l'accident. Le malade a gardé le lit pendant dix jours et a pansé sa plaie avec de l'alcool camphré. Amélioration, mais difficulté de la marche et crainte de claudication ultérieure. Il entre alors à l'hôpital.

Etat actuel. — A la face interne du tibia, plaie petite, recouverte de bourgeons charnus, dont l'aspect n'est pas satisfaisant. La cicatrisation n'est pas franche; en effet un stylet introduit au milieu de ces bourgeons arrive facilement sur le tibia, et nous révèle qu'il y a là un

point d'ostéite limité. De plus le pourtour de la plaie est douloureux et enflammé. Coloration violacée. Aussitôt que le malade veut marcher, il y a de l'enflure de ses jambes et de la douleur dans la cheville. Repos. Compresses alcoolisées phéniquées.

15. — Après plusieurs jours de ce traitement, nous constatons que la plaie est déjà en pleine voie de cicatrisation.

18. — Le malade garde scrupuleusement le repos. L'œdème de ses jambes n'a pas reparu, et les douleurs malléolaires paraissent avoir disparu.

20. — Le malade marche sans douleurs, et sa plaie étant cicatrisée, il nous demande son exeat.

Obs. LXXX. — *Plaie contuse de la jambe droite. Repos. Compresses d'eau blanche. Guérison.* — Wagner (Martin), cinquante-huit ans, passementier, entre le 12 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 6.

La veille, en glissant dans un escalier, il est tombé de la hauteur d'un étage.

État actuel. — A la face antéro-externe de la jambe, à l'union des tiers supérieur et moyen, plaie contuse de 4 centimètres de long sur 2 de large. Empâtement et rougeur au voisinage de la plaie sur une étendue de 20 centimètres; ecchymose sur la face postérieure de la jambe.

La plaie n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Compresses d'eau blanche. Repos au lit.

Guérison complète et sortie le 2 février 1881.

Obs. LXXXI. — *Ecrasement du gros orteil. Pansements simples. Guérison.* — Duvivier (Henri), trente-sept ans, charretier, entre le 9 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24.

Pas d'antécédents morbides, pas d'alcoolisme.

Le jour de l'entrée, la roue de sa charrette chargée de fer lui est passée sur le pied gauche. La botte se trouve éclatée par places et remplie de sang.

État actuel. — Les téguments surtout vers la partie interne du gros orteil sont déchirés; il en résulte, entre autres délabrements, une plaie oblique venant du milieu du bord interne pour aboutir vers la racine du petit orteil avec écartement de plus de 4 centimètres de ses deux bords. Les tissus à nu, muscles et tendons, sont fort contus. Pas de lésions osseuses. On rapproche les bords avec des bandelettes collodionnées. Pansement acide phénique et ouate.

Douleurs vives pendant deux jours.

11 *mai.* — Pansement; l'hémorrhagie assez abondante du premier jour s'est complètement arrêtée. Pansement acide phénique et alcool. Le malade dort et mange comme à l'ordinaire.

La plaie se cicatrise rapidement. Quelques portions sphacélées s'éliminent peu à peu. On continue le pansement, et on réprime avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus trop exubérants

L'état général se maintient toujours bon.

15 *juin*. — Le malade se lève, la cicatrice est presque entièrement fermée.

20 — Part pour Vincennes en bon état.

Obs. LXXXII. — *Ecrasement du gros orteil. Pansements alcool camphré et diachylon. Guérison.* — Rauter (Martin), douze ans et demi, typographe, entre le 25 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10.

Père mort de phtisie professionnelle à quarante-deux ans; mère bien portante.

Pas de gourme ni d'accidents scrofuleux, ne tousse pas.

Le jour de l'entrée a eu le gros orteil gauche pris entre une plaque de zinc et une pierre. Pas de déchirure de la chaussure.

Etat actuel. — Le gros orteil est déchiré en arrière de l'ongle. Les téguments et les tissus sous-jacents arrachés, mais non enlevés; rien à l'os. Bandelettes de diachylon. Pansement alcool camphré.

16 *juillet*. — La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Bon état général.

1er *août*. — Exeat. — Il reste encore un point qui suppure.

Le malade revient se faire panser dans la salle, au diachylon.

6. — Il ne reste plus qu'une petite surface granuleuse.

10 — Cicatrisation complète.

Obs. LXXXIII. — *Ecrasement du gros orteil. Amputation. Contusion du deuxième orteil. Guérison.* — Marquet (Antoine), dix-neuf ans, serrurier, entre le 6 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 79.

Un volet en fer lui est tombé sur le bout du pied droit.

Etat actuel. — Le gros orteil est complètement broyé jusqu'au milieu de la première phalange, l'os est fracturé, l'ongle complètement arraché. L'articulation métatarso-phalangienne est intacte. Il s'en est suivi une hémorrhagie assez abondante. Douleurs très vives.

Le second orteil est contus, mais les os ne sont pas lésés.

Dans l'impossibilité de conserver le gros orteil, on pratique l'amputation métatarso-phalangienne. Trois points de suture réunissent les bords de la plaie. Pansement ouaté.

La réunion s'obtient par première intention.

12 *avril*. — Le malade quitte le service, guéri.

Obs. LXXXIV. — *Plaie contuse du quatrième orteil. Amputation. Pansement de Lister. Guérison.* — Rocheron (Albéric), quarante ans, garçon boucher, entre le 3 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Un poids de 20 kilogr. lui est tombé sur le pied.

Etat actuel. — Plaie contuse occupant toute la face dorsale du quatrième orteil. Phalangette et phalange broyées, parties molles en bouillie. Rien du côté de l'articulation métatarso-phalangienne. Gonflement de la face dorsale du pied. Ecchymose. Amputation de l'orteil séance tenante. Pansement de Lister.

La guérison se fait rapidement. Cicatrisation complète en 20 jours.

25 *mai.* — Sortie.

Obs. LXXXV. — *Ecrasement du cinquième orteil droit. Guérison.* — Saccomini (Dominique), vingt-six ans, entre le 17 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. La roue d'un tombereau chargé passe sur le petit orteil et l'écrase. Les autres orteils ne sont pas touchés.

Etat actuel. — Le petit orteil a été sectionné par la roue. La section est assez nette et a porté sur l'extrémité antérieure de la première phalange. Celle-ci paraît un peu mobile, pas de décollement de la peau.

Repos au lit. Compresses d'eau-de-vie camphrée.

22 *mai.* — Des bourgeons de bonne nature recouvrent la plaie. Pansement au vin aromatique. Cautérisation au nitrate d'argent.

25. — Élancements douloureux dans la jambe. Engorgement douloureux des ganglions inguinaux du côté droit. Cataplasmes à l'aine.

27. — La première phalange devient un peu grisâtre et paraît mobile. Cautérisation des bourgeons au nitrate d'argent. Même pansement.

28. — Les ganglions inguinaux sont beaucoup moins volumineux et paraissent moins douloureux. Suppression des cataplasmes.

3 *juin.* — La première phalange est tout à fait mobile, on l'enlève. Cautérisation au nitrate d'argent.

6. — La cicatrisation marche assez rapidement. Cautérisation tous les jours en raison de l'exubérance des bourgeons.

12. — Le malade commence à se lever. Pansement aux bandelettes de diachylon.

17. — La plaie est en très bon état (1 centimètre de diamètre), est recouverte de bourgeons de bonne nature et n'est point douloureuse. Part pour Vincennes.

§ IV

PLAIES PAR ARRACHEMENT.

8 observations :

Arrachement du fourreau de la verge	1	cas.
— partiel des parties molles de l'avant-bras	1	—
— partiel des parties molles de la main	2	—
— des doigts	3	—
— de la peau de la cuisse et du genou	1	—
Total	8	—

L'arrachement du *fourreau de la verge* (obs. LXXXVI) avait été produit par une traction violente faite avec la main.

La plaie siégeait à l'union des deux tiers antérieurs du pénis avec le tiers postérieur. Elle était circulaire, faisait complètement le tour de l'organe et comprenait seulement la peau et le tissu cellulaire. Les corps caverneux et le canal de l'urèthre avaient résisté. Les bords étaient nets, comme s'ils résultaient d'une section; ils étaient séparés par un intervalle de 2 centimètres. Il existait un œdème notable du prépuce et des deux tiers antérieurs du fourreau de la verge, œdème qui, joint à l'écartement des bords de la plaie et à leur sphacèle partiel, ne permit pas de tenter la suture.

Nous fîmes des pansements à plat, en attendant que les parties mortifiées fussent complètement éliminées, puis nous appliquâmes, en deux fois, treize greffes épidermiques qui réussirent presque toutes, de sorte que la guérison fut rapide. Néanmoins, cette guérison ne put être obtenue qu'au prix d'une bride cicatricielle circulaire, assez lâche pour que l'étranglement ne fût pas à craindre, pendant l'érection, mais suffisamment adhérente pour gêner le glissement du fourreau de la verge (V. au Musée, pièce n° 548).

Le malade de l'observation LXXXVII avait eu l'*avant-bras* pris dans un engrenage; les parties molles de la face antérieure avaient été arrachées dans leur moitié supérieure, et laissaient voir à nu le radius et le cubitus. La peau était enlevée; les muscles étaient rompus et leurs deux moitiés s'étaient fortement rétractées en sens inverse du côté de leur insertion. Les muscles profonds étaient de même presque totalement divisés et ne tenaient plus que par quelques fibres. La plupart des vaisseaux étaient déchirés et donnaient lieu à une hémorrhagie abondante. Les nerfs étaient distendus et froissés. Il n'existait pas de fractures et l'articulation du coude était intacte. L'hémorrhagie fut facilement arrêtée par l'application de pinces hémostatiques sur les vaisseaux saignants. Les jours suivants, nous réséquâmes les parties molles mortifiées afin d'égaliser les bords et la surface de la plaie. Comme les muscles étaient trop meurtris pour qu'il y eut lieu

de songer à les réunir par suture, nous nous contentâmes d'immobiliser le membre et de faire des lavages fréquents et des pansements à plat avec l'eau alcoolisée. Au bout de huit jours, les parties mortifiées étaient éliminées et la plaie détergée commençait à se couvrir de bourgeons charnus. Plus tard nous fîmes des pansements au vin aromatique. La vaste perte de substance se combla peu à peu et se cicatrisa complètement en cinq semaines, sans qu'il survînt de complications. Le malade pouvait faire les mouvements de flexion de l'avant-bras et en fut quitte pour une impuissance fonctionnelle relative.

Il faut remarquer, dans ce cas, que les tissus avaient été à la fois arrachés et contusionnés, ce qui explique l'abondance de l'hémorrhagie. Quand l'arrachement est franc, les vaisseaux ne saignent pas, parce que leurs tuniques rompues successivement se rétractent l'une après l'autre et obstruent plus facilement la lumière des vaisseaux.

On trouvera au chapitre FRACTURES une observation qui mérite d'être rapprochée de la précédente. Il s'agit d'un homme de trente et un ans, qui, ayant eu le membre supérieur pris par la roue d'une forte machine à vapeur, fut entraîné et fit trois fois le tour de la fosse dans laquelle tournait cette roue. Finalement il resta sur le sol après avoir eu l'avant-bras droit arraché. La plupart des os étaient fracturés. L'arrachement du membre était fait au niveau du coude. La peau s'était détachée, à la partie interne, au-dessus de l'articulation, à la partie externe, au-dessous. Les muscles supinateurs étaient arrachés. Au contraire, la plupart des muscles épitrochléens restaient adhérents à l'humérus et avaient été rompus à leur partie moyenne. L'observation ne relate pas d'hémorrhagie au niveau des surfaces d'arrachement. Le malade, apporté à l'hôpital dans le coma, survécut trente heures à ces traumatismes effrayants.

Les arrachements des parties molles de la *main* ont été produits, dans un cas par un engrenage (obs. LXXXVIII),

dans l'autre par l'angle d'une plaque d'argent que l'on passait au laminoir (obs. LXXXIX).

Chez le premier malade, la moitié cubitale de la main avait été arrachée et réduite en bouillie; la peau, les muscles, les tendons, les vaisseaux, les nerfs et les os des trois derniers doigts étaient complètement détruits; la phalangette de l'index était le siège d'une plaie contuse; seul le pouce était intact. Il existait en outre une plaie superficielle de l'avant-bras. Nous fîmes l'immobilisation, des pansements simples, et le treizième jour, nous réséquâmes avec des ciseaux les parties sphacélées. La guérison s'effectua comme pour une plaie simple et le malade guérit en deux mois, en conservant son pouce et son index. Comme dans le cas précédent, il y avait, à la fois, arrachement et attrition, par conséquent hémorrhagie.

Chez le second malade, la peau de la paume de la main avait été complètement arrachée et les parties sous-jacentes étaient intactes. Le fond de la plaie était formé par l'aponévrose palmaire. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Immobilisation de la main sur une planchette et pansements à plat. A partir de la troisième semaine, la plaie était recouverte de bourgeons charnus, nous fîmes des greffes épidermiques et des pansements agglutinatifs. Cicatrisation rapide. Guérison au bout de trois mois.

Grâce à l'immobilisation du membre, les doigts placés dans l'extension forcée, grâce aux nombreuses greffes épidermiques, nous n'eûmes pas de rétraction cicatricielle préjudiciable.

Les arrachements des *doigts* (obs. XC, XCI et XCII) ont été produits de la façon suivante : 1er cas, doigts pris entre deux cylindres mûs par la vapeur; 2° cas, arrachement par la chute d'une pile de planches; 3° cas, doigts pris dans un engrenage.

Chez le premier malade, les trois derniers doigts avaient été complètement arrachés avec leurs métacarpiens et les parties molles de la face dorsale de la main, dans les régions correspondantes. Le pouce, l'index et les parties molles de la

paume de la main étaient intacts. Immobilisation sur une planchette, pansements à plat. Cicatrisation en quarante jours, sans complications.

Chez le second malade, nous trouvons : Arrachement complet de l'index, arrachement de l'ongle du médius, broiement de ce doigt et plaie superficielle des autres doigts. Nous régularisons les parties molles à la racine de l'index et nous pratiquons l'amputation du médius, en conservant la moitié de sa première phalange. Pansement de Lister. Pas de complications. Guérison en quinze jours.

Chez le troisième malade : Arrachement des deux dernières phalanges du médius et de l'annulaire; arrachement de l'ongle de l'index; arrachement de la peau de la paume de la main. Nous nous contentons de régulariser les bords des plaies et nous immobilisons la main sur une planchette. Pansements phéniqués. Pas de complications. Guérison en cinq semaines.

Le dernier cas de plaie par arrachement (obs. XCIII) est des plus intéressants. Il s'agit d'un garçon de quinze ans, qui eut la peau de la *partie inférieure de la cuisse* et de la face externe du genou arrachée par le rouleau d'une machine à imprimer, en mouvement. La perte de substance mesurait 20 centimètres de long sur 8 de large, et ne portait que sur les téguments. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Immobilisation et pansement d'abord ouaté, puis alcoolisé. Ultérieurement, greffes épidermiques. Pas de complications. Guérison en deux mois.

Remarquons ici, comme à propos des plaies contuses, qu'il est surprenant de voir des traumatismes aussi étendus et aussi graves guérir si facilement, sans déterminer de complications, inflammation ou autres. Nous croyons qu'il faut attribuer, en grande partie, ces heureux résultats à l'immobilisation et aux pansements antiseptiques.

A. — Verge.

Obs. LXXXVI. — *Plaie par arrachement de la verge. Sphacèle partiel des bords. Greffe épidermique. Guérison.* — Tannevaux (Eugène),

trente-cinq ans, scieur à la mécanique, entre le 11 janvier 1882, n° 38, salle Sainte-Marthe. Boit trois litres de vin par jour. Dans une rixe, son adversaire lui saisit la verge et exerça sur cet organe une violente traction.

Le malade vient nous trouver seulement six jours après l'accident.

Etat actuel. — Les deux tiers antérieurs du fourreau de la verge et le prépuce sont fortement œdématiés. A l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur du pénis existe une plaie par arrachement remarquable par la régularité et la netteté de la solution de continuité. Cette plaie est circulaire et fait complètement le tour de l'organe. Les bords sont réguliers comme si un lien constricteur avait opéré la section.

Une partie des bords de la lèvre inférieure de la plaie est déjà en voie de sphacèle, ce qui rend difficile l'application de points de suture.

L'écartement des bords de la plaie est actuellement de 2 centimètres. Miction normale. État général très bon.

12 *janvier*. — La plaie donne un peu de pus à la partie antérieure principalement. Pansement avec des compresses imbibées d'eau alcoolisée.

14. — La partie de la lèvre inférieure qui se sphacélait est complètement éliminée, de sorte que la plaie devient absolument nette sur ses bords.

16. — Application de trois greffes épidermiques sur trois points différents de la plaie.

20. — Addition d'une dizaine de nouvelles greffes épidermiques sur tout le pourtour de la plaie.

25. — La cicatrisation de la plaie a fait de grands progrès sur tout le pourtour de la solution de continuité.

26. — La plupart des greffes ont bien pris, la plaie est beaucoup rétrécie.

29. — Le résultat est très satisfaisant; cependant comme le malade était venu trop tard pour nous permettre d'appliquer des points de suture, le travail de cicatrisation a déterminé forcément une *bride circulaire* qui ne sera pas sans gêner le glissement du fourreau de la verge, sans toutefois pouvoir produire d'étranglement. Exeat.

B. — Membre supérieur.

Obs. LXXXVII. — *Plaie par arrachement de l'avant-bras. Pansements simples. Guérison.* — Méjat (Louis-Victor), soixante-cinq ans, chauffeur, entre le 25 février 1882, salle Sainte-Marthe. Est amené à l'hôpital pour une plaie énorme par arrachement de l'avant-bras produite dans les circonstances suivantes : le malade faisait aller une

machine à vapeur, quand son vêtement fut pris dans un engrenage. La manche du vêtement fut entièrement lacérée, entraînant avec elle l'avant-bras qui fut à son tour déchiré. Toute la moitié supérieure de la partie antérieure de l'avant-bras fut prise ; il y eut arrachement non seulement de la peau, mais de tous les tissus profonds. Les vaisseaux furent déchirés, les nerfs froissés et les muscles en partie rompus; les plus superficiels furent comme coupés, et se rétractèrent immédiatement de chaque côté des bords de la plaie. Il y eut une hémorrhagie très abondante. Les premiers soins furent donnés au malade dans une pharmacie voisine. De là, le malade fut transporté à l'hôpital, où l'interne de garde para aux premières nécessités de la situation. Il prit avec des pinces hémostatiques tous les vaisseaux qui donnaient du sang, lava la plaie, fit un pansement alcoolo-phéniqué, et fit mettre le membre malade dans une gouttière.

La nuit fut relativement bonne, et le malade n'a pas eu de fièvre appréciable.

Le lendemain, à la visite, nous voyons la plaie et nous constatons l'état suivant :

La plaie comme nous l'avons dit, occupe la moitié supérieure de la région antérieure de l'avant-bras ; c'est une plaie fortement contuse, plaie par arrachement, dont la profondeur permet de voir les os de l'avant-bras. Les muscles sont déchirés, quelques fibres à peine maintiennent ceux qui sont à moitié rompus, et le sphacèle de plusieurs de ces lambeaux cutanés et musculaires est en voie de formation. Nous coupons les parties pendantes, afin de nous permettre un examen plus net des parties profondes. L'espérance de réunir les muscles rompus doit être abandonnée ; aussi nous contentons-nous de faire un pansement à plat avec lavages alcoolisés et souvent répétés dans la partie atteinte.

Les pansements sont faits régulièrement chaque jour; la plaie suppure, mais peu.

Les parties sphacélées s'éliminèrent spontanément, et au bout de huit jours la plaie devint déjà très nette. A partir de ce moment les progrès dans l'amélioration s'accentuèrent chaque jour.

Au bout de quinze jours, nous pansons le malade avec du vin aromatique, afin d'activer le bourgeonnement de la plaie, et par suite la cicatrisation ultérieure.

Résultat très heureux de ce nouveau pansement. L'état général du malade se maintient toujours excellent. Pas de fièvre. Fonctions digestives régulières. Appétit. Nuits bonnes.

La plaie prend un caractère très satisfaisant.

25 *mars*. — Depuis une quinzaine de jours, l'étendue de la plaie s'est beaucoup rétrécie, presque de moitié. La cicatrisation s'est d'abord faite sur les bords. Quant à la partie moyenne de la plaie,

à son centre il y a un bourgeonnement charnu très considérable, qui comble ainsi cette cavité profonde produite par l'accident.

30. — Le malade quitte l'hôpital et doit revenir nous voir pour se faire panser. L'état de la plaie est aussi satisfaisant que possible, et l'exubérance de quelques bourgeons nécessite l'emploi du crayon de nitrate d'argent.

Pansements régulièrement faits.

Le malade, bien que se sentant de la faiblesse dans les muscles de la région antérieure de l'avant-bras, fait cependant bien les mouvements de flexion de ses doigts.

Le résultat obtenu par un simple pansement à plat, sur cette énorme plaie par arrachement, peut donc être considéré comme excellent.

Obs. LXXXVIII. — *Vaste plaie par arrachement de la moitié de la main droite. Sphacèle des lambeaux. Plaie de l'avant-bras. Guérison.* — Abar, quarante-sept ans, lamineur, entre le 1er mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 20. La main du malade a été prise dans l'engrenage du laminoir d'une imprimerie lithographique. Plaie par arrachement de la main, et plaie de l'avant-bras.

Hémorrhagie assez considérable au moment de l'accident. Transport à l'hôpital, où on fait un premier pansement.

10 *mars*. — L'état général du malade a été jusqu'à présent aussi bon que possible. Nous enlevons le pansement afin d'examiner la plaie.

État actuel. — La moitié cubitale de la main est réduite en bouillie. Les lambeaux de la plaie sont sphacélés, ainsi que les muscles, les tendons, les vaisseaux, nerfs et phalanges des trois derniers doigts, seul le pouce est tout à fait sain. L'index est le siège d'une plaie contuse de la phalangette. L'avant-bras est le siège d'une vaste plaie simple et sans gravité. Entre la main broyée et cette plaie qui occupe la partie moyenne de l'avant-bras, existe une traînée de peau mortifiée. La radiale bat bien. Les tissus environnants sont parfaitement sains.

L'état général est bon. Pas de fièvre ce matin. T. = 37°2.

Deux verres d'eau de Sedlitz.

12 *mars*. — La température est normale : 37°2, et le pouls bat 75 pulsations. L'état général du malade est aussi bon que possible. Appétit. Quant à l'état local, il est en voie de modification favorable. L'élimination des parties mortifiées s'effectue bien.

15. — Nous coupons avec les ciseaux des lambeaux mortifiés, afin de permettre un pansement plus net, et donner à la plaie un aspect régulier.

20. — La plaie de l'avant-bras présente des bourgeons charnus abondants, et son état est aussi satisfaisant que possible. L'index malade

est pansé avec des bandelettes de diachylon. Quant à la plaie de la main, elle se recouvre également de bourgeons charnus en grande quantité qui donnent à sa main un aspect aussi acceptable que possible.

30. — Bon état local. Les pansements sont changés. On emploie le vin aromatique afin d'activer la cicatrisation des plaies. Ouate et légère compression. L'état général du malade est très bon, et le membre supérieur est toujours maintenu en repos sur un coussin.

15. — Le malade se lève et porte son bras en écharpe. La cicatrisation de la plaie a fait des progrès sensibles. La plaie de l'avant-bras est singulièrement rétrécie, l'index presque guéri, et quant au bord cubital de la main, il est cicatrisé sur une grande partie.

1er *mai.* — Le malade presque complètement guéri quitte l'hôpital et doit revenir nous voir de temps en temps. N'a pas été revu.

Obs. LXXXIX. — *Plaie par arrachement de la paume de la main gauche, avec perte de substance de la peau. Greffes épidermiques multiples. Guérison.* — Roussier (Alphonse), quatorze ans, orfèvre, entre le 17 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 11. Le 17 mai, le petit malade était en train de laminer une plaque d'argent irrégulière et rude, lorsque, faisant un faux mouvement, celle-ci lui enleva la plus grande partie de la peau de la paume de la main gauche.

Il est immédiatement transporté à l'hôpital où on lui applique des compresses d'eau-de-vie camphrée.

État actuel. — Toute la peau de la paume de la main gauche a été arrachée. Quelques lambeaux restent flottants à la périphérie. L'aponévrose palmaire est intacte et ses fibres nacrées apparaissent comme disséquées. Douleur vive. Pas d'hémorrhagie. Pas de lésion des parties profondes.

Pansement de Lister. La main est placée sur une palette, les doigts étendus.

25 *mai.* — Des bourgeons recouvrent la plaie. Pansement au vin aromatique, les doigts étant maintenus dans une extension forcée.

8 *juin.* — Même pansement jusqu'à cette époque. Dix greffes sont faites alors. Pansement aux bandelettes de diachylon, les doigts toujours fixés dans l'extension.

14. — Les greffes n'ont pas pris. On en fait cinq nouvelles. Pansement au diachylon. Cautérisation au nitrate d'argent.

19. — Les greffes ont pris. On en fait six nouvelles.

25. — Quatre des nouvelles greffes restent adhérentes.

26. — Le malade demande à sortir. Il va très bien. La cicatrisation est très avancée.

3 *juillet.* — Les greffes commencent à s'entourer d'une auréole épidermique. La cicatrisation marche très rapidement.

7. — Cinq nouvelles greffes. On continue toujours les pansements

au diachylon, en faisant de temps en temps des cautérisations au nitrate d'argent.

15. — Les cinq nouvelles greffes ont pris.

1er *août*. — La cicatrisation est à peu près terminée. On maintient toujours les doigts autant que possible dans une extension absolue.

19. — Nous voyons le malade pour la dernière fois. Depuis près de quinze jours la cicatrisation est terminée. Il n'y a pas de rétraction bien évidente des doigts.

Obs. XC. — *Arrachement des doigts à l'exception du pouce et de l'index. Arrachement des os du métacarpe correspondant. Guérison.* — Machoux (Zéphir), quatorze ans, journalier, entre le 11 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 72.

Il a eu la main prise entre deux cylindres d'une machine à vapeur en marche. Pas de perte de connaissance.

État actuel. — Les trois derniers doigts ont été arrachés, ainsi que les métacarpiens correspondants. Le pouce et l'index n'ont pas été atteints. Toute la peau de la face palmaire de la main est intacte. Cette plaie est donc taillée en biseau aux dépens de la face dorsale. Un peu de gonflement s'étendant jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. La plaie est saignante sur toute son étendue. Douleur locale extrêmement vive.

On immobilise la main et les deux doigts restants, au moyen d'une planchette; et l'on applique des compresses imbibées d'eau fraîche, très souvent renouvelées.

12 *juillet*. — Le malade a beaucoup souffert cette nuit et n'a pas pu dormir. Fièvre. Appétit nul. Rien à noter du côté de la plaie. Même traitement. Bouillons. Potages. T. M. = 38°7. — P. = 102.

13. — Douleurs un peu moins vives; l'insomnie continue. Inappétence. Toujours de la fièvre. T. = 38°5. — P. = 102.

15. — Le malade a dormi trois heures; il souffre moins; peu de fièvre. La plaie va bien. T. = 37°9. — P. = 86.

19. — Plus de fièvre. Appétit revenu. Peu de douleurs. Pansement avec l'alcool phéniqué.

22. — Le malade se sent beaucoup mieux. La plaie est belle. Même pansement.

25. — Le malade demande à se lever le bras en écharpe. La cicatrisation se fait vite.

19 *août*. — Le malade demande à retourner chez lui.

20. — Sortie.

Obs. XCI. — *Arrachement de l'index et écrasement du médius. Amputation. Pansement de Lister. Guérison.* — Grislin (Joseph), vingt-neuf ans, ébéniste, entre le 12 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30 *bis*. Une pile de planches est tombée en glissant sur sa main droite.

État actuel. — L'index a été complètement arraché. Il reste 1 cen-

timètre de peau et des lambeaux de tendons. Le médius est complètement broyé jusqu'à la première phalange ; l'ongle est arraché ; l'os et les parties molles sont en bouillie. Quelques petites plaies insignifiantes sur les deux derniers doigts et sur la face dorsale de la main. Léger gonflement.

L'amputation des deux doigts est faite immédiatement, pour l'index à sa racine, pour le médius à la partie moyenne de la première phalange.

Pansement de Lister, après avoir réuni les bords des deux plaies avec quelques points de suture.

13 *juin.* — Le malade a eu un peu de fièvre. Peu de sommeil, pas d'appétit. T. M. = 38°3.

14. — Il a mieux dormi. La plaie est belle. Même pansement. Langue sale. Eau de Sedlitz. T. = 38°2.

15. — Le malade se trouve beaucoup mieux. Il a dormi toute la nuit. Il se sent de l'appétit.

17. — La plaie est très belle. Il n'y a plus de fièvre. Le malade demande à retourner chez lui.

18. — Sortie. Il reviendra se faire panser.

29. — La cicatrisation est complète.

Obs. XCII. — *Arrachement des deux dernières phalanges du médius et de l'annulaire. Arrachement de l'ongle de l'index, par un engrenage. Compresses d'eau froide. Pansement phéniqué. Immobilisation de la main sur une planchette. Guérison.* — Méjat (Michel), soixante-cinq ans, chauffeur, entre le 24 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 5. A eu la main prise dans un engrenage. Hémorrhagie abondante ; pas de perte de connaissance.

État actuel. — Large plaie intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la paume de la main. Le lambeau mâché est rejeté du côté du bord cubital de la main, et laisse voir presque toute l'aponévrose palmaire.

Les deux dernières phalanges du médius et de l'annulaire ont été arrachées. Des morceaux de tendons divisés et des esquilles provenant des phalangettes se voient au milieu des chairs arrachées.

L'ongle de l'index est arraché. Petit doigt intact.

Repos au lit. L'avant-bras et la main reposent sur des coussins. Compresses d'eau froide.

25 *février.* — On régularise les désordres du côté des doigts, et l'on place la main sur une planchette afin qu'elle soit bien immobile. Pansement phéniqué.

2 *avril.* — Guérison. Le malade est envoyé à Vincennes.

C. — MEMBRE INFÉRIEUR.

OBS. XCIII. — *Arrachement de la peau de la partie inférieure de la cuisse et de la face externe du genou. Membre maintenu dans l'immobilité au moyen d'une gouttière; pansement ouaté, remplacé trois jours après par un pansement simple. Guérison.* — Briou (Henri), quinze ans, journalier, entre le 22 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 70.

La veille, en passant près d'une machine servant à l'imprimerie lithographique, le rouleau l'a atteint violemment à la cuisse gauche et au genou.

Etat actuel. — La peau a été arrachée sur une étendue de 20 centimètres de longueur sur 8 en moyenne de largeur. La plaie, qui n'intéresse que la peau, siège à la partie inférieure de la face externe de la cuisse, au niveau du condyle externe et sur toute la face externe et un peu antérieure du genou.

Tous les mouvements de l'articulation sont possibles, rien du côté des os.

On place le membre dans l'immobilité et l'on applique un pansement ouaté.

Peu de fièvre. Pas d'appétit.

25 *mai.* — On enlève l'appareil ouaté et l'on fait un pansement avec l'eau alcoolisée.

30. — On applique de nouveau le pansement ouaté.

3 *juin.* — La plaie est très belle. Apparition de bourgeons charnus.

13. — Six greffes. Deux prennent parfaitement.

24. — Cinq nouvelles greffes. Trois seulement réussissent. La cicatrisation marche ensuite très rapidement.

20 *juillet.* — Exeat.

§ V

MORSURES.

Nous avons réuni dans ce paragraphe trois observations. *Morsure de lion. — Morsure d'homme. — Morsure de cheval.* — La première siégeait à l'avant-bras, les autres à la main.

Le malade de l'observation XCIV, un nègre dompteur, avait eu le bord externe de l'avant-bras mordu par un lion.

L'animal avait enfoncé ses crocs dans les parties molles, sans arracher les tissus. Il en résultait à la face antérieure et à la face postérieure du membre, en des points symétriques, quatre plaies intéressant à la fois : la peau, le tissu cellulaire et les muscles. L'artère radiale, le nerf correspondant et les os avaient été épargnés. Nous prescrivîmes le repos, des bains prolongés et les pansements phéniqués. Il n'y eut aucune complication inflammatoire, pas de troubles sérieux du côté de la sensibilité. Au bout de six jours, le malade se trouva assez bien pour quitter l'hôpital.

Les morsures d'homme et de cheval furent, au contraire, suivies de phlegmon. Il est vrai de dire que les malades continuèrent à travailler. La morsure d'homme faite par les incisives siégeait à la racine du pouce; il n'y eut pas d'hémorragie. Dès le troisième jour, début d'un phlegmon, qui s'étendit à toute la paume de la main et à la face antérieure de l'avant-bras. Il fallut faire des débridements multiples avec le bistouri. Cataplasmes. Guérison en un mois.

La seconde siégeait au bord interne de la main. Les dents du cheval avaient traversé les parties molles en des points symétriques, à la face dorsale et à la face palmaire; apparition de l'empâtement dès le quatrième jour. Le phlegmon resta limité à la face palmaire de la main, moitié interne. Incision avec le bistouri, cataplasmes. Guérison en un mois.

Obs. XCIV. — *Morsure de lion. Pansement phéniqué. Guérison.* — Guirood Dorville, nègre dompteur, entre le 6 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. La veille il a été mordu par un lion.

État actuel. — On observe à la région externe de l'avant-bras droit, en avant et en arrière, quatre plaies ayant intéressé la peau et les muscles sous-jacents. Le bord externe du muscle long supinateur a surtout été atteint; une des plaies produites par les crocs de l'animal se trouve très près du bord interne du muscle ; mais l'artère radiale et le nerf correspondant ont été épargnés.

Gonflement de l'avant-bras et de la main, principalement de la face dorsale. Difficulté pour remuer les doigts; sensibilité conservée.

On prescrit le repos le plus absolu du membre. Bains de bras quotidiens et prolongés pendant près de deux heures. Pansement phéniqué.

Le malade souffre beaucoup ; il a un peu d'insomnie ; pas de fièvre. L'appétit est conservé.

Le quatrième jour, le gonflement a beaucoup diminué ; les douleurs sont très supportables. Le malade accuse un engourdissement de la main. Sensibilité intacte.

Même traitement.

12 *janvier*. — Le malade se trouvant bien demande à sortir, la guérison étant presque complète.

13. — Sortie.

Obs. XCV. — *Morsure d'homme. Phlegmon de la main et de l'avant-bras consécutif. Cataplasmes. Bains locaux. Incision. Guérison.* — Ledoux (Joseph), trente et un ans, charretier, entre le 21 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 8.

Dans une querelle, son adversaire l'a mordu à la racine du pouce, sur le bord interne de la racine palmaire de la main, entre la racine du pouce et la terminaison du sillon moyen.

Les plaies ont peu saigné. Légère douleur pendant deux jours ; le malade continua à travailler.

Trois jours après, les douleurs redoublèrent et en même temps il remarquait une tuméfaction de presque toute la main. Il resta encore deux jours ainsi, mais souffrant beaucoup et ne pouvant dormir, ayant de la fièvre et voyant le gonflement gagner l'avant-bras, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Les plaies faites par les incisives ont des bords contus. La main et principalement la face palmaire et la plus grande partie de l'avant-bras sont le siège d'une tuméfaction considérable. La peau est rougeâtre, tendue, chaude, il existe une fluctuation obscure dans la paume de la main. Du côté de l'avant-bras, la fluctuation est plus obscure. Mouvement fébrile très marqué, pouls rapide, insomnie, inappétence.

Cataplasmes émollients. Bains locaux. Les jours suivants la fluctuation devient plus manifeste, surtout dans la paume de la main.

Incision au niveau de l'éminence thénar et à la partie médiane de la face palmaire. Trois incisions sur le bord de la face antérieure de l'avant-bras. Cataplasmes. Bains.

Le lendemain, état général meilleur. Peu à peu les douleurs se calment, la fièvre tombe et le malade recouvre le sommeil et l'appétit.

23 *septembre*. — Guérison. Sortie.

Obs. XCVI. — *Morsure de cheval. Phlegmon de la main. Manuluves. Cataplasmes. Guérison.* — Pringaud (Julien), trente-neuf ans, charretier, entre le 29 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 30.

Il y a quatre jours, il a été mordu à la main par un de ses chevaux ; la blessure étant relativement légère, il a continué à travailler, mais depuis hier dans l'après-midi, souffrant davantage, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Au niveau du bord interne de la face palmaire et de la face dorsale de la main gauche, dans la région hypothénar, on voit une plaie mâchée d'une étendue de 4 à 5 centimètres. Les bords sont déchiquetés et présentent une teinte noirâtre. La peau et le tissu cellulaire sont seuls intéressés. Du côté de la face dorsale, on voit trois petites plaies ovales ou plutôt rectangulaires qui représentent l'empreinte des dents de l'animal. Un peu de gonflement; vives douleurs. Cataplasmes, manuluves. Immobilité de la main.

30 *août.* — Le malade a beaucoup souffert cette nuit surtout; sommeil à peu près nul. État fébrile léger. Inappétence.

En examinant la main, on trouve que les deux tiers internes de la face palmaire sont tuméfiés; la peau est rouge, chaude, douloureuse. Le gonflement ne dépasse pas le bord cubital de la main.

Purgatif salin. Cataplasmes, manuluves.

2 *septembre.* — Le gonflement est à peu près le même, la peau a pris une teinte violacée, elle est tendue et comme amincie. Fluctuation. Douleurs très vives à la pression. Fièvre plus forte que les jours précédents; pas de sommeil ni d'appétit. Même traitement.

5. — Incisions; écoulement de pus abondant. Cataplasmes laudanisés. Bains locaux.

Les jours suivants, une grande amélioration se produit.

27. — Guérison complète.

§ VI

PLAIES PAR ARMES A FEU.

7 observations. Toutes ces plaies ont été produites par des projectiles de petit calibre (balles de revolver de 5 à 7 millim.).

SIÈGE

Oreille	1	cas.
Cou	1	—
Poitrine	1	—
Avant-bras	1	—
Poignet	1	—
Jambe	2	—

Dans un cas, la balle avait traversé les tissus de part en part.

Dans trois cas, nous fîmes l'extraction du projectile.

Dans un cas, on le sentait sous la peau, mais nous ne pûmes suivre le malade.

Dans un cas, il eût été dangereux de faire l'exploration (plaie du cou).

Dans un cas, nous fîmes la recherche du projectile, sans succès.

Six malades guérirent rapidement. La seule complication fut de l'impuissance fonctionnelle de la mâchoire chez le malade de l'observation XCVII.

Le septième malade mourut quatre jours après l'accident d'un abcès du médiastin et d'une pleurésie purulente.

Dans l'observation XCVII, le malade s'était tiré deux coups de revolver : un dans la région sus-hyoïdienne, l'autre dans l'oreille. La première balle traversa le plancher de la bouche et la pointe de la langue, enleva l'incisive latérale gauche supérieure et s'échappa, suivant toute probabilité, par la narine gauche. Le projectile ne fut pas retrouvé. Cette plaie guérit en quelques jours, sans déterminer la moindre complication.

La seconde balle traversa la conque, au-dessous et en avant du conduit auditif et se dirigea vers la paroi latérale du pharynx, après avoir traversé la profondeur de la région parotidienne.

Les troubles fonctionnels causés par cette plaie furent : de la douleur, de la surdité, de la dysphagie et de l'impuissance fonctionnelle de la mâchoire inférieure, par suite des désordres produits dans l'articulation temporo-maxillaire. Le malade ne pouvait ouvrir la bouche.

Il n'y eut ni troubles nerveux, ni troubles vasculaires; pas de fièvre. Nous fîmes, sans succès, la recherche du projectile à l'aide de l'appareil Trouvé (voir vol. III. Considér. sur les plaies par armes à feu), et nous n'insistâmes pas de peur de produire des délabrements.

La plaie d'ailleurs guérit rapidement et tous les troubles fonctionnels disparurent ou s'amendèrent, à l'exception de la surdité et de la gêne de la mastication due à l'inflammation de l'articulation temporo-maxillaire.

L'observation XCVIII est pleine d'enseignements. Le malade s'était tiré, par mégarde, un coup de revolver dans le cou. La balle atteignit la saillie du cartilage thyroïde et s'enfonça profondément au milieu des tissus. Les troubles immédiats furent de l'enrouement, l'expulsion d'une certaine quantité de sang par le nez et par la bouche, de la dysphagie. Pendant deux jours, tout sembla marcher vers la guérison; mais, le troisième jour, survint de la toux; le malade accusa un violent point de côté à gauche et en arrière, la température s'éleva à 39°. Nous constatâmes alors les signes d'une inflammation des viscères thoraciques.

Malgré un traitement actif de ce côté, tous les symptômes s'aggravèrent et le malade mourut dans la nuit du quatrième jour.

L'autopsie démontra que la balle, après avoir suivi la face gauche du corps thyroïde, était venue s'arrêter sur la colonne vertébrale, à côté de l'œsophage en dedans du faisceau vasculo-nerveux du cou, au milieu du tissu cellulaire lâche de cette région. Là, le projectile était devenu le point de départ d'un abcès qui avait fusé le long de l'œsophage, dans le médiastin, jusqu'au diaphragme. La plèvre gauche, plus voisine du foyer purulent, contenait un litre de pus. Le poumon gauche adhérait à la paroi thoracique et au diaphragme par des brides de nouvelle formation et était le siège de congestion.

Dans l'observation XCIX, le projectile pénétra à 2 centimètres du bord postérieur de l'aisselle, suivit un long trajet sous-cutané et vint se loger sous la peau, au niveau du rebord cartilagineux de la neuvième côte. A part un peu de dyspnée les premiers jours, il n'y eut pas de complications, et le malade quitta le service vingt-huit jours après son entrée, dans un état aussi satisfaisant que possible.

Les plaies, par arme à feu, des membres ne déterminèrent que des troubles passagers.

Dans les trois cas où nous fîmes l'extraction, la guérison fut rapide et l'opération ne détermina aucune complication.

A. — Tête.

Obs. XCVII. — *Plaie par arme à feu (revolver). Recherche du projectile sur les côtés du pharynx avec l'appareil Trouvé. Insuccès.* — Andrain (Francis), trente-deux ans, commis aux contributions, entre le 18 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30. Pas d'antécédents du côté de la famille ni des parents, habituellement très bien portants. Venu de la province à Paris, il y a trois jours, pour chercher de l'ouvrage. La nuit du 17 au 18 juillet, à 3 heures et demie du matin, sans être ivre et sans s'être enivré les jours précédents, s'est tiré un premier coup de revolver sous le menton, puis un second dans l'oreille droite. Etait déterminé à cette extrémité en venant à Paris. N'est pas tombé, n'a pas perdu connaissance. Comme il s'était couché sur un banc, les agents de police le relèvent et l'amènent à pied à l'hôpital.

État actuel. — Parle avec assez de facilité et avec une certaine exaltation. On trouve sous le menton la trace d'entrée de la première balle. Petite ecchymose et déchirure contuse ronde du calibre du projectile. Celui-ci a traversé le plancher de la bouche, la langue vers la pointe à gauche de la ligne médiane et a enlevé l'incisive latérale gauche supérieure, et ébranlé la canine voisine; puis, a continué son trajet vers la narine gauche par laquelle s'est écoulé un peu de sang. La balle a probablement été expulsée, car on ne la retrouve nulle part. A l'oreille droite, on trouve l'orifice d'entrée du second projectile, dans la conque, en arrière du tragus, en bas du conduit auditif. Le malade éprouve une vive douleur quand on presse en arrière et en haut du larynx. La déglutition des liquides et des solides est très pénible, ce qui porte à croire que la balle a filé vers le pharynx. Le malade ne peut ouvrir beaucoup la bouche, d'où impossibilité d'explorer la gorge. Douleur vive dans l'articulation temporo-maxillaire droite, de même quand on imprine des mouvements à la mâchoire. On ne sent pas de crépitation. Pas de troubles céphaliques, pas de paralysie ni d'anesthésie. Rien ailleurs. Pas de fièvre. Pas d'inégalité des pupilles.

Pansement : alcool camphré et acide phénique.

28 *juillet.* — Chloroforme. Pour rechercher le projectile, nous décollons le pavillon de l'oreille. La sonde s'enfonce à travers la région parotidienne vers le pharynx sans rien rencontrer. L'appareil explorateur de M. Trouvé donne un indice très fugace à une profondeur d'environ 10 centimètres, mais l'indication est très passagère et ne se reproduit plus.

On suture l'oreille et la plaie sans insister pour retrouver le projectile.

Les jours suivants, la dysphagie diminue et le malade arrive à pou-

voir avaler facilement les liquides. Quant aux solides, il lui est impossible d'arriver à les broyer entre ses mâchoires par suite du délabrement déterminé par le projectile dans l'articulation temporo-maxillaire.

Le conduit auditif étant obturé, il en résulte de ce côté une surdité absolue.

On essaya à plusieurs reprises de dilater le conduit au moyen de tiges de laminaria, mais ces tentatives furent mal supportées par le malade.

Il sort sur sa demande le 8 septembre. Il n'y a plus aucune plaie vers l'oreille, mais la mastication est toujours entravée.

Quant au trajet de la première balle, il est complètement cicatrisé.

B. — Cou.

Obs. XCVIII. — *Plaie du cou par arme à feu. Pleurésie purulente. Abcès du médiastin. Mort. Autopsie.* — Nicoleau (Auguste), dix-neuf ans, employé de commerce, entre le 13 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 29. Parents bien portants. Petite vérole à deux ans. Pas d'antécédents strumeux. Jamais de chancres. Peu sujet à s'enrhumer. Le jour de l'entrée, il jouait avec un revolver. Le coup partit inopinément, et l'atteignit juste sur la saillie du cartilage thyroïde. Enrouement. Un peu de sang par le nez et par la bouche. Respiration assez facile. Ne croit pas avoir craché la balle ; ne tousse pas.

Le soir de l'entrée, dysphagie intense. Déglutition très pénible, on ne sent la balle nulle part. Quelques crachats sanguinolents. Cataplasme.

15 *juillet*. — Déglutition plus facile, peut manger un peu de soupe. Fonctions régulières. Pas de fièvre. Tousse un peu et crache. Crachats filants.

17. — La toux et les crachats augmentent. T. = 39°. P. = 100.

Le malade se plaint d'un violent point de côté à gauche et en arrière; à ce niveau, matité; râles sous-crépitants fins, et par moments souffle doux ; pas de résonnance exagérée de la voix; douleur au toucher ; dyspnée. T. M. = 38°,8. P. = 110.

Dysphagie très prononcée même pour les liquides. On n'aperçoit rien dans la gorge.

Pas d'inégalité des pupilles.

L'inspiration est plus difficile que l'expiration. En revanche celle-ci est un peu bruyante.

Potion Tood ; potion digitale ; potion chloral, 4 grammes ; vésicatoire à gauche; soir P. = 120; T. = 38°,8.

La dyspnée devient de plus en plus considérable ; la température

ne dépassse pas 38°,8 ; sueurs profuses ; teinte asphysique de la face ; mort à 1 heure du matin.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort ; on dissèque le cou avec attention. La balle de 7 millimètres entrée au niveau de la partie proéminente du cartilage thyroïde a suivi la face gauche de ce cartilage (le malade souffrait plus à droite), est venue s'arrêter sur la colonne vertébrale, à côté de l'œsophage, en dedans des vaisseaux, au milieu du tissu cellulaire lâche qui réunit ces organes en cet endroit. Ce projectile est devenu le point de départ d'une suppuration du tissu cellulaire ambiant. Le pus, en effet, en infiltre les mailles sans l'avoir détruit complètement. Cet abcès, étendu en longueur mais peu en largeur, remonte en haut jusqu'au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne ; en bas, il fuse sur le bord de l'œsophage et plonge avec lui dans le médiastin postérieur.

On ouvre le thorax. La fusée purulente entoure maintenant l'œsophage et passe en arrière de lui, tout en restant plus marquée à gauche. On peut la suivre ainsi jusqu'au diaphragme.

La plèvre gauche est remplie par un épanchement purulent de la valeur d'un litre au moins. Le liquide n'est pas entièrement purulent et ne contient au repos qu'un quart de globules de pus. Le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale et rattaché à la paroi thoracique par des brides jaunâtres, nombreuses, friables, évidemment toutes récentes. Ce poumon présente des lésions de congestion très avancées dans le lobe supérieur.

Le lobe inférieur du poumon droit adhère au diaphragme par une grande quantité de tractus pseudo-membraneux jaunâtres, sans liquide, rappelant une inflammation suppurative récente, pleurésie diaphragmatique sèche.

Pas de tubercules. Rien ailleurs que des lésions asphyxiques.

Au cœur. — Caillot de sang fibrineux à droite prolongé dans l'artère pulmonaire ; petit caillot également fibrineux dans l'oreillette gauche.

En résumé : Abcès profond du cou déterminé par la balle, ne donnant lieu qu'à de la dysphagie, sans gonflement ni rougeur permanente ; fusée le long de l'œsophage dans le médiastin postérieur ; pleurésie purulente de voisinage déterminant la mort.

C. — Thorax.

Obs. XCIX. — *Plaie par arme à feu.* — Perrot (Abel), vingt ans, cuisinier, entre le 30 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 33.

Dans la nuit, il a reçu un coup de revolver. La balle a pénétré à 2 centimètres du bord postérieur de l'aisselle droite, et a suivi une

direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, pour se fixer sous la peau au niveau du rebord cartilagineux de la neuvième côte. L'orifice d'entrée est entouré d'une aréole ecchymotique. Au niveau du rebord cartilagineux de la neuvième côte, on aperçoit un soulèvement de la peau produit par le projectile. La peau à ce niveau présente aussi une légère teinte ecchymotique.

A part une certaine gêne de la respiration pendant les premiers jours qui ont suivi l'accident, le blessé se porte très bien.

27 *février*. — Le malade s'évade de l'hôpital. La balle n'a pas encore été extraite.

D. — Membre supérieur.

Obs. C. — *Plaie par arme à feu de l'avant-bras. Guérison rapide.* — Achalme (Vital), vingt-six ans, ferblantier, entre le 18 juillet 1881, salle Sainte-Marthe. Pas d'antécédents héréditaires. Gourme étant enfant. Fluxion de poitrine à quatorze ans.

La veille de l'entrée, a reçu sans savoir d'où un projectile à la partie moyenne de l'avant-bras, à la face antérieure. Le projectile est ressorti par la face postérieure; sensation de cou de fouet; hémorrhagie assez abondante ; peu de douleurs la nuit.

État actuel. — On trouve les deux orifices du projectile très nets et peu différents l'un de l'autre. Impossible de distinguer l'orifice d'entrée de l'orifice de sortie; son bras était pendant le long du corps quand le coup a été reçu.

Pansement à l'alcool camphré et acide phénique.

2 *août*. — Exeat. Les mouvements des doigts longtemps abolis sont revenus peu à peu. Les fléchisseurs cependant manquent encore de force.

Il n'y a pas eu de suppuration, ni même menace de suppuration.

Obs. CI. — *Balle de revolver dans la région antérieure du poignet. Extraction. Guérison.* — Emile Dorois, trente-six ans, domestique, vient consulter le 1er février à la salle Saint-Augustin. Il y a cinq mois, il a reçu au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus droit une balle de revolver (7 millim.) qui a contourné le bord interne et est venue se loger à la face antérieure.

Douleurs, fièvre, impotence du membre pendant six semaines. Puis tout se calme peu à peu; il reste un certain degré de flexion des doigts que la malade redresse avec peine, surtout l'annulaire. Les mouvements qu'on imprime à ce dernier doigt déterminent de temps en temps de vives douleurs d'engourdissement dans tout l'avant-bras et le coude.

État actuel. — Le projectile forme une petite tumeur arrondie

enclavée dans l'épaisseur d'un tendon des fléchisseurs des doigts, probablement le fléchisseur profond de l'annulaire ; elle est située à 3 millimètres environ en dehors de la ligne de ligature de la cubitale. Mobile dans les mouvements de flexion et d'extension des doigts, elle parcourt alors un trajet d'environ 2 centimètres.

Une incision de 2 centimètres permet d'arriver sur le projectile que l'on extrait assez facilement de la gaine fibreuse qui le fait adhérer au tendon.

Pansement à l'acide phénique et à l'alcool camphré.

Deux sutures entortillées qu'on enlève le lendemain.

La guérison était complète le troisième jour.

E. — Membre inférieur.

Obs. CII. — *Plaie de la jambe par arme à feu. Extraction du projectile. Guérison rapide.* — Conte (Léon), découpeur, dix-sept ans, entre le 19 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 76.

Bonne santé habituelle.

La veille, dans une dispute, on lui tire un coup de revolver. La balle (calibre 7 mill.) entre obliquement à un travers de doigt en dedans du bord interne du tibia droit, à 2 travers de doigt au-dessous du niveau de la tubérosité antérieure et va s'aplatir sur la face interne de l'os après un trajet de 3 centimètres. On la sent nettement sous la petite épaisseur de parties molles situées à ce niveau.

Extraction facile; une incision de 3 centimètres parallèle à l'os permet d'arriver directement sur le projectile; on l'enlève cependant assez péniblement à cause de son enchâssement sous le périoste. Le projectile enlevé, l'os se présente à nu sous le stylet, mais ne semble pas enfoncé. Pansement acide phénique et alcool camphré.

Les jours suivants, un peu d'œdème de la jambe, le malade ayant voulu se lever.

18 *mars*. — Pansement au diachylon.

21. — Exeat, bien qu'il reste encore un petit point suppurant; on n'avait pas tenté la réunion par première intention.

Obs. CIII. — *Plaie du mollet droit par une balle de révolver. Extraction du projectile. Pansement phéniqué. Guérison.* — Jammont (Henri), vingt-sept ans, relieur, entre le 11 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 70.

La veille au soir, il a reçu dans le mollet droit une balle de revolver tirée à une distance d'une trentaine de pas.

État actuel. — A la partie moyenne du mollet, orifice d'entrée du projectile mesurant 5 millimètres et en partie obstrué par des débris du pantalon. Sur la face externe de la jambe, et plus près du

bord antérieur, en un point correspondant à la partie supérieure du long péronier latéral et immédiatement sous la peau, on trouve une petite saillie dure, mobile et roulant sous le doigt.

Par l'orifice d'entrée, nous faisons pénétrer un stylet pour reconnaître la direction du trajet de la balle. Ce trajet est oblique de haut en bas, de dedans en dehors. Mais avec l'instrument, on n'arrive pas sur la balle. Il est à supposer que le projectile a traversé les fibres des muscles et que celles-ci se sont refermées.

Nous faisons une petite incision au niveau de la saillie, et une fois la peau et le tissu cellulaires incisés, la balle se présente sous le bistouri.

Pas de douleur, pas de gonflement, si ce n'est sur une étendue de 2 à 3 centimètres au niveau de l'orifice d'entrée.

Après avoir bien nettoyé la plaie produite par la balle, nous faisons un pansement avec l'alcool phéniqué. Repos complet.

22 *novembre.* — Guérison complète.

§ VII

MALADIES DES CICATRICES.

2 observations.

Le malade de l'observation CIV avait subi la résection du genou, consécutivement à un broiement de cette articulation par une machine. Les suites de cette opération avaient été très heureuses; la cicatrisation était considérée comme complète et le malade commençait à se lever, lorsqu'en descendant une marche, il glissa et se fit une rupture de la cicatrice. Cet accident ne fit heureusement que retarder la guérison. On immobilisa le membre dans un appareil mécanique bien conditionné et, cinq semaines plus tard, le malade nous quittait guéri.

Dans l'observation CV, il s'agit de l'ulcération d'une cicatrice, due au peu de vitalité et à la minceur du tissu inodulaire. La malade avait eu une vaste brûlure de la jambe. Le travail de cicatrisation dura onze semaines. La guérison était complète quand la malade reprit ses travaux. Mais à la suite d'une grande fatigue, la cicatrice se fendilla et devint saignante,

puis la malade continuant à travailler, il se fit une ulcération étendue.

Le repos au lit, des pansements phéniqués et l'application de greffes épidermiques, amenèrent la formation d'un nouveau tissu inodulaire en l'espace de six semaines.

Obs. CIV. — *Rupture de la cicatrice d'une ancienne résection du genou. Guérison.* — Molinaerts (Henri), douze ans et demi, entré le 9 août 1880. Genou broyé dans une machine lithographique. — Résection du genou le jour même à 10 heures par M. Bouilly remplaçant M. Péan.

Érysipèle au mois de décembre, passe le 1er janvier au chalet. — Il se levait depuis huit jours.

Le 15 février, en voulant descendre une marche, il glisse et se fracture la cicatrice. — Mobilité au genou remplaçant l'ankylose complète qui existait. — Écartement des bords de la cicatrice de la peau presque entièrement fermée. — Gouttière en fer. — Pansement acide phénique et alcool.

20 *avril.* — On apporte un appareil de chez M. Mathieu avec lequel il peut se lever. Le point d'appui est pris sur l'ischion et la jambe solidement maintenue.

25. — Cicatrisation. Exeat.

Obs. CV. — *Ulcération d'une cicatrice de brûlure à l'épaule. Greffes épidermiques. Repos. Guérison.* — Janeval (Lucie), vingt-neuf ans, domestique, entre le 30 novembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 48.

Au mois de janvier dernier, elle eut une large brûlure de la jambe droite par du bouillon très chaud.

Cette brûlure occupait tout le devant de la jambe depuis la tubérosité du tibia jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Onze semaines après l'accident, la cicatrisation était complète, mais la peau à la surface de la plaie était excessivement mince. Il y a 3 semaines, ayant beaucoup fatigué, elle a remarqué que la peau, à l'endroit de la brûlure, se fendillait et saignait. Elle n'y prit pas garde et continua son travail ; mais 6 jours après, il s'était formé un véritable ulcère de 8 centimètres de haut sur 3 et demi de large. La partie ulcérée était très douloureuse et la marche ou la station verticale prolongée augmentait la douleur.

Entrée le 30 novembre dans notre service, nous trouvons à la face antéro-externe de la jambe droite une large ulcération d'un rouge foncé, à bords irréguliers, à fond saignant. Au pourtour, existe une zone violacée, d'une étendue de 2 centimètres. La malade souffre très peu quand elle est en repos ; mais quand elle marche ou reste debout, elle ressent de vives douleurs et la plaie saigne abondam-

ment. Nous prescrivons le repos au lit et des compresses d'alcool phéniqué.

11 *décembre*. — La plaie a bel aspect, mais la cicatrisation se fait très lentement. On fait 3 greffes, dont deux à la partie la plus large à 1 centimètre de distance.

12. — 2 des greffes ont très bien pris.

28. — Les deux greffes se sont réunies par leurs bords.

9 *janvier*. — La cicatrisation est à peu près complète.

14. — La malade va au Vésinet guérie.

CHAPITRE II

BRULURES ET CONGÉLATIONS

Nous avons, dans ce volume, réuni les brûlures en un même chapitre, en raison de leur nombre, de leur gravité et de l'intérêt que présentent la plupart des observations.

En même temps que les brûlures proprement dites, produites par le calorique, nous étudions les lésions occasionnées par les caustiques, en nous appuyant sur l'analogie des désordres et du traitement.

C'est encore en nous basant sur l'analogie que nous rapprochons des brûlures les accidents consécutifs à la congélation.

§ I

BRULURES.

Douze observations.

CAUSES

1° *Par le calorique :* Eau bouillante, alcool ou pétrole enflammés, vêtements en ignition, charbons incandescents, fer rouge................	10 cas.
2° *Par les caustiques :* Acide sulfurique..........	2 —

SIÈGE (rarement une seule région a été atteinte).

Face en général.................	1 cas.
Paupières	2 —
Paupières et orifice buccal....................	1 —
Cou et poignets...............................	1 —

Paroi thoracique et membre supér.	1 cas.
Avant-bras et main	1 —
Memb. sup. et cuisses	1 —
Cou, thorax, abdomen et membre infér.	1 —
Face et membre infér.	1 —
Pieds	1 —

Division

Brûlures du 1er degré (rougeur et tuméfaction).	1 cas.
du 2e — (roug., tuméf., et phlytènes)	3 —
des 2e et 3e degrés (phlyctènes et eschare superf. du derme)	4 —
du 3e degré (eschare superficielle du derme)	3 —
du 4e degré (eschare de tout le tégument)	1 —
du 5e degré (eschare de la peau et des muscles)	1 —

Complications

Congestion broncho-pulmonaire	2 cas.
Congestion du cerveau et des méninges	2 —
Plaques ecchymotiques du duodénum	1 —
Ulcérations du duodénum	1 —
Néphrite parenchymateuse	1 —
Ectropion cicatriciel	2 —
Atrésie buccale	1 —
Nécrose de la paroi antérieure du sinus frontal	1 —

Terminaison

Trois malades atteints de brûlures étendues et graves du 2e et du 3e degré ont quitté l'hôpital quelques jours après l'accident. Nous n'avons pu les suivre.

Guérison sans complication	5 cas.
— avec cicatrices vicieuses	2 —
Mort par lésions des reins	1 —
— par ulcérations intestinales	1 —

Traitement

Tous nos brûlés ont été traités soit par le liniment oléo-calcaire et l'immobilisation, soit par le pansement phéniqué et ouaté.

Les brûlures par le calorique ont été d'autant plus graves, toutes choses égales d'ailleurs, que l'action de la chaleur a été plus prolongée et que les lésions ont occupé une plus grande surface. C'est ainsi que les deux cas de mort sont survenus chez des malades dont les vêtements ou les couvertures de lit avaient pris feu, conditions éminemment favorables à la durée et à l'extension de la combustion.

Les brûlures par les caustiques ont été faites dans un but de vengeance. L'agent chimique employé a été l'acide sulfurique. Les désordres correspondaient à des brûlures du deuxième et du troisième degré, ce qui n'a rien d'étonnant quand on se rappelle l'énergie de cet acide. On sait qu'il appartient au groupe des caustiques solidifiants, c'est-à-dire qu'il produit des eschares sèches, dures, cornées; qu'il coagule le sang dans les vaisseaux et que par conséquent les hémorrhagies secondaires, au moment de l'élimination des parties mortifiées, sont moins à craindre qu'avec les caustiques liquéfiants, tels que la potasse caustique.

Les complications que nous avons signalées étaient de deux ordres : complications éloignées dues à des congestions ou à des inflammations viscérales; complications locales dues à des cicatrices vicieuses entraînant des troubles fonctionnels.

Nous remarquerons à propos des premières qu'il n'est pas rare d'observer la congestion du cerveau, des méninges, des voies respiratoires, surtout chez les sujets prédisposés (obs. CXI, malade atteinte de bronchite chronique) : la congestion portant alors sur le *locus minoris resistentiæ*. La diarrhée est un phénomène fréquemment signalé. Les ulcérations du duodénum occasionnent la mort de beaucoup de malades (comme dans l'obs. CXIV). Mais un fait plus

exceptionnel est le développement d'une néphrite parenchymateuse au cours de l'évolution d'une brûlure étendue. Tel a été le cas d'un enfant de trois mois, mort à la suite de brûlures des bras et des cuisses (obs. CXIII).

Les complications, dues aux cicatrices vicieuses, ont nécessité des opérations autoplastiques (ectropion cicatriciel, atrésie buccale).

Reprenons les observations les plus intéressantes.

Le sujet de l'observation CVII avait reçu quatre ans auparavant une fiole de vitriol au visage. La cicatrisation dura trois mois et laissa des brides vicieuses des paupières pour lesquelles le malade avait déjà subi deux opérations importantes quand il vint nous trouver. Il restait alors un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite avec cette particularité qu'une bride épaisse et bien nourrie s'étendait du sac lacrymal au milieu de l'espace intersourcilier. Nous fîmes une incision parallèle au bord libre de la paupière, dans l'étendue de l'ectropion, puis nous taillâmes aux dépens de la bride un petit lambeau angulaire à sommet externe que nous mobilisâmes afin de l'attirer entre les lèvres de l'incision auxquelles nous le suturâmes. Cette opération eut un plein succès et supprima l'ectropion.

L'observation CVIII a beaucoup d'analogie avec la précédente. Pendant une attaque d'épilepsie, le patient tomba la face dans le feu et se fit des brûlures graves du front, de la paupière inférieure gauche et de la commissure labiale correspondante. Nous le vîmes six mois après l'accident. Il existait une nécrose de la paroi antérieure du sinus frontal, un ectropion cicatriciel de la paupière brûlée et une atrésie buccale assez considérable pour empêcher l'alimentation. Nous avisâmes au plus pressé en agrandissant l'orifice buccal et en reproduisant le rebord cutanéo-muqueux des lèvres résultant de notre incision, afin d'empêcher l'adhérence des surfaces cruentées. Pour cela, nous affrontâmes, en haut comme en bas, la peau avec la muqueuse. Cette opération fit disparaître tous les troubles fonctionnels du côté de la bouche. Quelque temps après, la paroi antérieure du sinus

frontal gauche nécrosée était mobile. Nous en fîmes l'extraction. Puis nous pensâmes à combattre l'ectropion cicatriciel qui avait provoqué un commencement de kérato-conjonctivite. Pour cela, nous fîmes à chaque paupière, du côté malade, une incision parallèle au bord libre; nous séparâmes les téguments cicatriciels qui les fixaient dans une position vicieuse des couches sous-jacentes, et nous rendîmes ainsi, séance tenante, aux conjonctives palpébrales toute leur ampleur. Il nous fut alors aisé d'aviver les bords libres des paupières aux dépens de leur bord interne, en respectant les cils et les glandes de Meibomius et de les suturer l'une avec l'autre, de façon à protéger le globe de l'œil tout en obtenant par des pansements à plat une étendue plus grande du tégument cicatriciel des paupières. Nous laissâmes les paupières suturées pendant plusieurs mois, afin de prévenir la rétraction cicatricielle.

Nous n'avons malheureusement pu suivre la malade de l'observation CXI (brûlure au deuxième et au troisième degré du bras, de l'avant-bras et de la paroi thoracique).

Cette femme âgée de soixante-quinze ans était athéromateuse, rhumatisante et souffrait depuis longtemps d'emphysème pulmonaire et de bronchite chronique. Dès le troisième jour, nous pûmes constater une aggravation de la bronchite et les signes d'une congestion broncho-pulmonaire. C'est à ce moment que la malade quitta le service.

Il eût de même été intéressant d'assister à l'élimination des parties mortifiées, chez la malade de l'observation CXV (brûlure des membres inférieurs et de la face par le pétrole). Cette femme portait, en particulier à la face interne des cuisses, des parties carbonisées, dans lesquelles on pouvait enfoncer une épingle à une profondeur de trois centimètres, sans éveiller la sensibilité et sans provoquer d'écoulement sanguin. Elle nous quitta onze jours après l'accident, au moment où se dessinait la zone d'élimination des eschares. Au début de la période inflammatoire, c'est-à-dire deux jours après l'accident, elle avait eu de la fièvre et de petits frissons qui

avaient duré deux jours, puis l'état général s'était amendé.

Les deux cas de morts (obs. CXIII et CXIV) furent occasionnés par la même catastrophe. Une femme de vingt-deux ans laissa tomber une bougie allumée sur le berceau de son enfant âgé de trois mois ; tous deux furent grièvement brûlés et on les apporta ensemble dans notre service.

L'enfant portait des brûlures du deuxième et du troisième degré au bras, à l'avant-bras et à la main du côté droit. Ces brûlures occupaient la moitié de la périphérie du membre. La face postérieure des cuisses était profondément atteinte ; enfin la joue droite offrait une brûlure au premier degré. Nous fîmes le pansement au liniment oléo-calcaire. La réaction commença dès le lendemain et fut caractérisée par de la fièvre, des sueurs, du ballonnement du ventre et de la diarrhée. La suppuration commença à s'établir dès le quatrième jour et l'enfant succomba le septième jour.

Les lésions trouvées à l'autopsie furent les suivantes : *cerveau* plus mou qu'à l'état normal et légèrement congestionné. Plaques ecchymotiques du *duodénum*. Pas d'ulcérations. Congestion évidente des *reins*. L'examen histologique montra qu'ils étaient atteints de *néphrite parenchymateuse*. Tous les autres organes étaient sains.

Chez la mère, les brûlures du deuxième et du troisième degré avaient une étendue exceptionnelle. Elles occupaient toute la face antérieure des jambes, des cuisses et de l'abdomen ainsi que les faces latérales droites du thorax et du cou. Nous fîmes le pansement phéniqué ouaté, et nous administrâmes la morphine en injections hypodermiques.

Dès le lendemain, réaction caractérisée, comme chez l'enfant, par de la fièvre, des sueurs profuses et de la diarrhée. La suppuration s'établit le cinquième jour. On constata alors la présence de l'albumine dans les urines pendant trois jours. La diarrhée persista ; puis survint du subdélirium et la malade mourut le dixième jour. A l'autopsie, on constata : de la congestion du *cerveau*, des *méninges* et du *poumon ;* de la congestion du tube digestif avec trois *ulcérations duodénales* du diamètre d'une pièce de deux francs.

Les glandes de Brunner étaient elles-mêmes ulcérées. Les reins et les autres organes étaient sains.

Dans ces cas, la destruction brusque d'une vaste étendue des téguments explique les fluxions viscérales et la mort qui en fut la conséquence.

Obs. CVI. — *Brûlure des paupières. Pansement avec les compresses d'eau froide. Guérison.* — Roche (Antoine), trente-quatre ans, forgeron, entre le 6 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 29.

Un morceau de fer rouge lui est sauté sur les paupières droites qu'il avait fermées instinctivement.

État actuel. — Brûlure au premier degré des deux paupières à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes. Le fer rouge a marqué une ligne verticale, large de 1 millimètre et occupant toute la hauteur des paupières. L'épiderme seul a été brûlé. Les cils, en cet endroit, sont détruits. Léger gonflement de la paupière supérieure. Rien du côté du globe de l'œil. Vives douleurs. Difficulté d'ouvrir les paupières. Applications de compresses d'eau froide. Guérison en dix jours.

Obs. CVII. — *Brûlure avec l'acide sulfurique. Cicatrices vicieuses des paupières. Ectropion cicatriciel. Autoplastie. Guérison.* — L... (Victor), vingt-deux ans, employé, entre le 2 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 23.

Il y a quatre ans, il reçut le contenu d'un flacon de vitriol au visage. Les paupières surtout furent atteintes. La guérison des brûlures demanda trois mois et il resta des cicatrices vicieuses pour lesquelles le malade subit une première opération à la paupière supérieure gauche, en 1878, et une seconde opération aux paupières droites en 1879. Le malade, qui ne peut nous donner des renseignements sur la nature de cette opération, dit qu'il eut les paupières suturées pendant onze mois.

État actuel. — Les paupières des deux côtés, l'espace intersourcilier, le nez et la moitié supérieure des joues sont couturés de cicatrices blanchâtres, peu vasculaires, irradiées en tous sens. En dehors de la déformation de la face, la rétraction du tissu inodulaire ne produit actuellement d'autres désordres importants qu'un ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite. La moitié interne de cette paupière est renversée du côte de la joue; le bord libre étant immobilisé à 1 centimètre et demi au-dessous de la ligne qu'il occupe habituellement dans la vision directe. La conjonctive palpébrale, continuellement exposée dans cette étendue, est rouge, congestionnée, enflammée et présente de fins réseaux capillaires de nouvelle formation. De l'angle interne de l'œil part une bride cicatri-

cielle large de 2 centimètres et épaisse de 15 millimètres, qui se continue avec le bord libre de la paupière inférieure au niveau du sac lacrymal et se porte obliquement en haut et en dedans pour se terminer sur la ligne médiane, au milieu de l'espace inter-sourcilier. Cette bride est plus vasculaire que le reste du tissu de cicatrice.

Epiphora continuel de ce côté.

12 *mars* 1881. — Chloroforme. Nous faisons à 2 millimètres au-dessous du bord libre de la paupière inférieure, dans la partie qui est le siège de l'ectropion, une incision légèrement curviligne à concavité supérieure que nous prolongeons jusqu'au voisinage du sac lacrymal, à la naissance de la bride cicatricielle oculo-nasale. Ceci fait, nous taillons aux dépens du tiers inférieur de cette bride un petit lambeau angulaire dont le sommet regarde en bas et en dehors et dont la base répond à la face latérale du nez. Nous détachons ce lambeau par sa face profonde et nous le reportons au-dessous du bord libre de la paupière inférieure entre les lèvres de l'incision curviligne faite préalablement. Puis nous suturons le bord supérieur du lambeau avec la lèvre supérieure de cette incision et le bord inférieur du lambeau avec la lèvre inférieure de la plaie chirurgicale, à l'aide de quatre fils de soie. Pansement alcoolisé phéniqué et compression ouatée méthodique.

Pas de réaction inflammatoire.

Le pansement est renouvelé tous les jours. Le cinquième jour, on enlève les fils. Réunion par première intention. Petites bandelettes de tarlatane collodionnées allant du dos du nez au tiers supérieur de la joue et rapprochant les parties molles comprises entre ces deux points. Dix jours après l'opération, on enlève les bandelettes. Guérison complète. Le malade quitte le service.

Obs. CVIII. — *Brûlures de la face. Cicatrices vicieuses. Atrésie buccale. Restauration de la bouche. Ectropion cicatriciel. Suture des paupières après débridements préalables.* — Aubry (Théodore), vingt-six ans, journalier, entre le 30 avril 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Sujet épileptique. Il y a six mois, pendant une attaque, il tomba la face dans le feu et se fit des brûlures au troisième degré. Il en résulta des pertes de substance et des cicatrices vicieuses pour lesquelles le malade vient aujourd'hui à l'hôpital.

État actuel. — Les désordres portent principalement sur trois points : le front, la paupière inférieure gauche, la joue et la commissure labiale correspondante. Au centre du front, existe une ulcération assez régulièrement circulaire, de 5 centimètres de diamètre, dont les bords, légèrement boursouflés, sont formés par un tissu de cicatrice exulcéré en certains points, et dont le fond, couvert de bourgeons charnus, répond au périoste de l'os frontal et laisse mieux

apercevoir une partie dénudée de la table externe, du diamètre d'une lentille.

La paupière inférieure a été en partie détruite par la brûlure, la portion conservée est renversée en dehors et maintenue dans cette position par une bride cicatricielle qui répond au trou sous-orbitaire. La conjonctive qui tapisse la face interne de la paupière et celle de la moitié inférieure du globe de l'œil sont atteintes d'une inflammation vive.

Sur la joue gauche existe une ulcération irrégulière, à grand diamètre transversal, étendue du tubercule malaire au sillon naso-jugal et occupant verticalement tout l'espace qui répond à la fosse canine. La surface est couverte de gros bourgeons charnus, les bords sont formés par du tissu de cicatrice abondant, surtout à l'angle interne de l'ulcération. De ce point partent des brides qui se dirigent vers l'orifice buccal. Celui-ci est complètement déformé; il est réduit à une fente transversale de 3 centimètres, attirée en haut et en dehors par le tissu inodulaire et presque complètement circonscrite par ce tissu sinon à gauche. Le malade ne peut ouvrir la bouche, il est réduit à se nourrir d'aliments liquides introduits à l'aide d'une sonde; la mastication est impossible. La phonation est entravée.

L'indication la plus urgente étant la restauration de l'orifice buccal, nous procédons à cette opération.

11 *juin* 1881. — Chloroforme. Pincement préventif au-dessus et au-dessous de la commissure labiale gauche. A l'aide du bistouri, nous incisons toute l'épaisseur de la paroi antérieure de la bouche, de la peau à la muqueuse inclusivement, dans une étendue de 4 centimètres à partir de la commissure labiale gauche. Cette incision donne à l'orifice une largeur de 7 centimètres. Afin d'empêcher la réunion des lèvres de la plaie, nous les suturons isolément en affrontant la peau avec la muqueuse de manière à obtenir un bord cutanéo-muqueux. Nous appliquons de la sorte 4 fils métalliques isolés et entortillés sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure. Pansement avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. — Les suites de l'opération sont des plus simples. Pas de réaction fébrile. Réunion par première intention. On enlève les fils le quatrième jour. Les résultats sont des plus satisfaisants. L'orifice buccal offre des dimensions qui se rapprochent de la normale et la mastication est possible. Le malade a repris l'alimentation commune. La phonation n'est plus gênée.

Nous n'avons donc qu'à nous féliciter de cette première opération. Malheureusement, les lésions frontales et oculaires nous donnent de jour en jour des inquiétudes plus graves.

Du côté du front, la table externe dénudée en un point, ainsi

que nous l'avons dit, est frappée de nécrose ; un travail éliminateur s'opère et entretient une suppuration qui s'oppose à la cicatrisation du fond de la plaie.

Le 4 *juillet* 1881, le séquestre étant complètement mobile, nous l'enlevons avec des pinces. Il se présente sous forme d'une lamelle de 2 centimètres et demi de diamètre, à bords irréguliers, anfractueux. Cette lamelle constituait en majeure partie la paroi antérieure du sinus frontal gauche, de sorte que son élimination laisse la cavité du sinus ouverte.

Nous attendrons que la cicatrisation s'achève de ce côté avant de combler l'orifice fistuleux qui persistera au niveau de la trépanation spontanée.

Du côté de l'œil, nos craintes sont plus sérieuses. Les paupières ne pouvant se fermer par suite de l'ectropion cicatriciel de l'inférieure, le globe oculaire est incomplètement protégé et comme, d'autre part, il y a épiphora et défaut de clignement des paupières, la muqueuse conjonctivale et la cornée transparente ne sont plus baignées par le produit de sécrétion lacrymale. Il en résulte que ces membranes restent entièrement exposées à l'action de l'air et des poussières atmosphériques; aussi, malgré la précaution que nous avons prise de placer un bandeau à demeure, n'avons-nous pu prévenir un commencement de kérato-conjonctivite.

Afin d'éviter des lésions plus redoutables, nous nous décidons à pratiquer la suture des paupières en attendant que les tissus soient doués d'une vitalité assez grande pour permettre une autoplastie.

16 *juillet* 1881. — Chloroforme. Le malade étant couché sur notre lit d'opération, la tête soulevée par des coussins, nous faisons sur la paupière supérieure, à l'aide du bistouri, une incision semi-elliptique à concavité inférieure. Nous faisons de même sur la paupière inférieure une incision semi-elliptique à concavité supérieure.

Ces deux incisions s'étendent d'un angle à l'autre de l'œil et ne dépassent pas l'épaisseur de la peau. Elles nous permettent d'étaler les paupières en déplissant les conjonctives palpébrales qui ne trouvent plus d'obstacle du côté des téguments et par conséquent d'amener au contact les bords libres de ces voiles membraneux.

Ceci fait, nous avivons ces bords libres aux dépens de leur face muqueuse, afin de ménager autant que possible les cils et les glandes qui leur sont annexées tout en faisant des surfaces d'affrontement suffisamment larges. Puis nous les suturons à l'aide de 6 fils métalliques isolés et entortillés.

Pansement à plat des solutions de continuité des paupières avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée.

Lavages quotidiens.

Cicatrisation progressive, complète au bout de trois semaines.

Le malade demande à retourner chez lui. Il part avec ses paupières suturées et reviendra nous voir ultérieurement.

La fistule du sinus frontal est presque complètement fermée. Il reste un pertuis insignifiant.

(V. la suite de cette observation dans le tome VI des *Cliniques*.)

Obs. CIX. — *Brûlures de la face, deuxième et troisième degrés. Pansement avec le liniment oléo-calcaire. Guérison.* — Delomel (Henri), vingt-sept ans, plombier, entre le 13 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 26.

La veille, une lampe à esprit-de-vin lui a fait explosion au visage.

État actuel. — La figure seule a été atteinte. Toute la face est couverte de brûlures au deuxième ou au troisième degré. Mais aucun organe important n'a été atteint.

Pansement au liniment oléo-calcaire. Ouate. Renouvelé deux fois par jour.

Huit jours après on cesse le pansement, la guérison est presque complète.

23 *juillet*. — Part pour Vincennes, il n'y a plus que quelques croûtes aux environs de l'aile du nez. Pas de cicatrice.

Obs. CX. — *Brûlures du cou et des poignets par l'acide sulfurique. Pansement avec des compresses de tarlatane imbibées de liniment oléo-calcaire. Guérison.* — Cosson (Ernestine), trente ans, passementière, entre le 27 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50.

Ce matin, son mari lui a lancé à la figure le contenu d'une fiole d'acide sulfurique dilué. Pendant qu'elle se baissait pour se plonger la figure dans l'eau, il lui versa le reste du flacon dans le cou. Perte de connaissance.

État actuel. — Du côté des mains et des avant-bras, qu'elle avait portés en avant pour protéger la figure, la peau est rouge, tuméfiée, et présente des eschares de 2 à 3 centimètres de diamètre, notamment au niveau des poignets où ces eschares sont brunes, et bordées d'un liséré noir.

A la face, brûlures du second et du troisième degré, même aspect qu'aux mains. Les yeux n'ont pas été atteints.

Au cou, les désordres sont plus considérables; en avant, brûlures du second et du troisième degré, jusque dans la région sternale. A la nuque, eschares paraissant s'étendre plus profondément; enfin, au milieu de la région sterno-mastoïdienne droite, eschare noirâtre de 6 centimètres de diamètre. Brûlures au premier degré des deux oreilles. Pansement avec le liniment oléo-calcaire.

4 *mars*. — Sur la face apparaissent des croûtes jaunâtres ressemblant à celles de l'impetigo. Œdème de la paupière inférieure gauche. Les paupières elles-mêmes n'ont pas été atteintes. Les orifices du nez et de la bouche sont indemnes.

La malade est transférée au chalet.

18. — Les eschares du cou, les seules profondes, tombent depuis deux jours. Depuis hier, il y a de la fièvre et une rougeur érysipélateuse au niveau des plaies.

22. — La rougeur érysipélateuse a disparu. Les plaies des mains sont cicatrisées; il ne reste que les plaies du cou.

29 *mai.* — La solution de continuité du cou peu profonde, mais large, ne se cicatrise que très lentement.

30. — La guérison est à peu près complète. Pas de rétraction cicatricielle capable d'entraîner des troubles fonctionnels. La malade quitte le service.

Obs. CXI. — *Brûlures au deuxième et au troisième degré du bras et de l'avant-bras gauches et de la paroi thoracique.* — Froust (Marguerite), soixante-quinze ans, entre le 20 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47.

Emphysème et bronchite chronique. Athérome.

Cataracte sénile complète de l'œil gauche; cataracte au début à droite. Pas de cercle sénile.

Quelques douleurs rhumatismales dans les jambes.

A eu quatre enfants, dont trois seulement sont vivants.

Le 20 mars, elle mit le feu à ses vêtements. Brûlure du membre supérieur gauche. Transport immédiat à l'hôpital.

État actuel. — La brûlure occupe toute l'étendue du bras gauche depuis le coude jusqu'à l'épaule, et la partie externe de la paroi thoracique. En ces points, il existe de nombreuses phlyctènes. A la partie postéro-externe du bras, eschare large et superficielle.

Pansement avec le liniment oléo-calcaire.

22 *mars.* — Œdème notable de la main. P. = 100.

23. — Congestion broncho-pulmonaire. Aggravation de la bronchite chronique. Pas de modification notable du côté des brûlures. La malade demande à retourner chez elle. Exeat.

Obs. CXII. — *Brûlures de la main et de l'avant-bras par l'eau bouillante. Pansement avec le liniment oléo-calcaire. Guérison.* — Frohard (Jean-Marie), vingt-neuf ans, garçon d'office, entre le 19 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 79.

Il s'est renversé une marmite d'eau bouillante sur la main et l'avant-bras droits.

Immédiatement, douleurs très vives, rougeur, tuméfaction, apparition de phlyctènes. Nous le voyons le lendemain de l'accident.

État actuel. — Gonflement notable des faces dorsale et palmaire de la main; les doigts sont intacts. La peau est rouge, luisante et couverte de grosses phlyctènes. Mêmes désordres à la face antérieure de l'avant-bras, mais moins prononcés. En un mot brûlure au premier et au second degré.

Le malade souffre beaucoup; fièvre. Insomnie. Peu d'appétit; langue sale.

Purgatif (2 verres d'eau de Sedlitz).

Pansement de la brûlure avec le liniment oléo-calcaire.

Le surlendemain, le malade se trouve mieux; il n'a pas eu de fièvre, et quoiqu'il souffre encore beaucoup, il a pu reposer une partie de la nuit. L'appétit est meilleur. Pas de complications. Guérison rapide.

11 *novembre*. — Sortie.

Obs. CXIII. — *Brûlures étendues du membre supérieur droit et des cuisses. Mort par lésions rénales.* — Perrin (Eugène), trois mois, est apporté dans notre service le 14 mars 1881.

Élevé au biberon, cet enfant s'est néanmoins toujours très bien porté.

Brûlé par sa mère, qui s'était endormie près de son berceau (voir observation suivante), il est apporté à l'hôpital immédiatement.

État actuel. — La face dorsale de la main droite présente des brûlures des deuxième et troisième degrés. Le bras et l'avant-bras du même côté sont le siège de brûlures du troisième degré, atteignant au moins la moitié de leur périphérie. La joue droite a été seulement léchée par les flammes. Enfin la région postérieure des cuisses est assez profondément atteinte.

Aussitôt entré, le petit malade est pansé avec le liniment oléo-calcaire. Dès le lendemain, phénomènes généraux très prononcés. Autant qu'on en peut juger d'après le linge qu'il mouille, les mictions de l'enfant sont plus fréquentes et plus abondantes qu'à l'état normal. Nous voudrions faire l'analyse de ses urines, malheureusement nous ne pouvons arriver à en recueillir.

Du côté de l'intestin, nous observons les phénomènes suivants : le ventre est gros, dur et très douloureux à la pression. Évacuations de gaz qui paraissent soulager le malade, mais le passage du gaz est lui-même très pénible. Diarrhée jaunâtre dont les produits rappellent à peu près l'aspect du méconium. Respiration normale.

Nous prescrivons des lavements légèrement laudanisés.

16 *mars*. — Un peu d'amélioration. Cependant tous les symptômes généraux persistent.

18. — La suppuration commence à s'établir; elle est peu considérable; l'enfant continue à crier.

21. — Mort à 8 heures du matin.

22. — *Autopsie :* Les poumons sont sains; le cerveau est mou et diffluent plus qu'à l'état normal chez les enfants. Enfin il présente un léger degré de congestion. Nous examinons avec le plus grand soin le tube digestif tout entier.

Pas la moindre trace d'ulcération ni dans l'estomac, ni dans le

petit, ni dans le gros intestin. Quelques plaques ecchymotiques au niveau du duodénum.

La rate et le foie ne présentent rien d'extraordinaire.

La vessie est vide, ce qui nous laisse dans l'impossibilité de juger de l'état des urines.

Quant aux reins, ils sont le siège d'une congestion évidente, même à un examen superficiel. Nous les mettons dans l'alcool, on en fera l'examen histologique.

Au laboratoire des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin) on les a trouvés atteints de néphrite parenchymateuse évidente.

Obs. CXIV. — *Brûlures étendues de l'abdomen, des membres inférieurs, du thorax et du cou. Mort par lésions intestinales.* — Perrin (Louise), vingt-deux ans, sans profession, entre le 14 mars 1881, salle Sainte-Marthe.

Elle a, en dormant, renversé une bougie allumée sur le lit de son enfant, et en voulant éteindre le feu elle a enflammé ses vêtements. On les apporte tous deux à l'hôpital.

État actuel. — Les brûlures sont plus étendues que profondes. Elles occupent toute la face antérieure de l'abdomen, la face antérieure des cuisses et des jambes, enfin les parties latérales droites du thorax et du cou. La plupart ne dépassent pas le second degré.

Immédiatement nous pratiquons une piqûre à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour calmer la douleur qui est intense; puis la malade est enveloppée de linge troué et de compresses phéniquées. Ouate, taffetas gommé.

15 *mars.* — La douleur demeure très intense. Dans le courant de la journée, nous injectons successivement, par la méthode hypodermique, 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Il y a des sueurs profuses sur toutes les parties de la peau qui sont demeurées saines. Pas de selles.

17. — La douleur est un peu calmée. L'odeur spéciale du pansement indique que la suppuration commence.

La malade a dans la journée une selle normale et une selle liquide.

19. — La suppuration franchement établie est maintenant très abondante. La diarrhée continue, peu intense d'ailleurs, mais rebelle à notre thérapeutique (bismuth et diascordium, puis simplement bismuth). Albumine dans les urines.

22. — La malade va en s'affaiblissant. Les urines sont redevenues normales; selles diarrhéiques. Subdélirium.

24. — Mort à 6 heures du soir.

26. — *Autopsie :* Cerveau, méninges et poumon congestionnés.

Les reins sont à peu près normaux à l'inspection macroscopique.

L'examen histologique fait au laboratoire des hôpitaux démontre qu'ils sont sains.

Le tube digestif est fortement congestionné surtout dans sa partie supérieure. Dans la première portion du duodénum, nous trouvons trois ulcères de la largeur d'une pièce de deux francs. Les glandes de Brunner sont mises à nu et ulcérées elles-mêmes à ce niveau.

Obs. CXV. — *Brûlure des membres inférieurs et de la face par le pétrole.* — Rousse (Marie), quarante ans, ménagère, entre le 11 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 54.

Le 11 février, elle met le feu à ses vêtements en laissant tomber une lampe à pétrole. Un voisin éteint rapidement les flammes en l'entourant de son manteau. Transport immédiat à l'hôpital.

État actuel. — Les brûlures sont étendues et profondes; elles occupent les deux cuisses, les fesses et une partie de la face; sur celle-ci, il n'y a que des brûlures au premier et au deuxième degré; sur les cuisses et les fesses, la lésion est plus profonde, intéresse toute l'épaisseur du derme; à la face interne des deux cuisses, la peau est dure, comme carbonisée, et on peut enfoncer une épingle à 3 centimètres de profondeur sans causer de douleurs ni faire écouler de sang.

Quelques phlyctènes sur les jambes. Douleur violente. Opium. Pansement oléo-calcaire.

13 *février.* — Petits frissons. La malade est portée dans les salles d'isolement.

15. — Les frissons ont cessé. P. = 104. Soif vive. Pas de diarrhée. Miction normale.

22. — Suppuration au niveau des brûlures superficielles. Zone d'élimination au pourtour des eschares.

La malade est transportée chez elle par ses enfants.

Obs. CXVI. — *Brûlure des malléoles et du cou-de-pied avec l'eau bouillante. Pansement phéniqué.* — Gautier (Elisa), trente-cinq ans, blanchisseuse, entre le 27 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49.

Fièvre typhoïde à dix-sept ans.

Mariée à l'âge de quinze ans et trois mois; réglée deux mois après. Elle a eu douze enfants en dix ans, de seize à vingt-six ans, dont trois grossesses gémellaires successives; à seize ans deux jumeaux; à dix-sept ans deux jumeaux; à dix-huit ans deux jumeaux, et six autres enfants de dix-huit à vingt-six ans.

En 1874 elle est entrée dans notre service pour une affection du coude et de l'avant-bras sur laquelle il est difficile d'avoir des renseignements exacts. En tout cas, il y a eu une opération pratiquée; le coude a été immobilisé ensuite, et la malade n'a quitté l'hôpital qu'après un séjour de sept mois.

Actuellement il y a une ankylose complète de l'articulation;

l'avant-bras n'est pas tout à fait à angle droit sur le bras. De temps à autre, il y a des poussées douloureuses et de l'enflure du bras et de la main ; le tout cède après quelques jours de repos.

Anesthésie de la peau de la paume de la main, de la face palmaire des doigts (sauf le pouce) et de la face dorsale des trois derniers doigts.

Alcoolisme.

Elle vient de se renverser un seau d'eau bouillante sur le pied gauche, qui était couvert d'un bas et d'une chaussette superposés.

État actuel. — Brûlure au premier et au second degré occupant la région antérieure du cou-de-pied et les malléoles. Phlyctènes. Pansement phéniqué.

Elle retourne chez elle après le pansement.

Obs. CXVII. — *Brûlure du pied. Immobilisation. Liniment oléo-calcaire. Guérison.* — Raqoulleaux (Théodore), vingt-six ans, teinturier, entre le 16 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. S'est renversé de l'eau bouillante sur le pied.

État actuel. — Brûlures du dos du pied droit et de la partie antérieure de la jambe. Du premier degré à la périphérie, elles n'atteignent guère le troisième degré que sur un point du dos du pied (largeur d'une pièce de cinquante centimes).

Liniment oléo-calcaire. Immobilisation du pied légèrement placé dans l'extension de façon à éviter tout travail de rétraction du côté de la peau. Quinze jours après le malade est retiré de son appareil. Une ulcération persiste à la face dorsale du pied. Cautérisation superficielle au nitrate d'argent. Diachylon.

Le malade sort le 1er *juin.*

§ II

CONGÉLATIONS.

Deux cas. — Les malades avaient eu les pieds gelés pendant la guerre de 1870-71. Ils n'étaient pas syphilitiques. Il y a lieu de penser que le second, marchand ambulant, était à un certain point alcoolique.

Chez le premier sujet, observation CXVIII, on trouve une certaine prédisposition dans ce fait, qu'il avait eu des engelures des pieds et des mains, de douze à quinze ans. On doit

aussi signaler, chez lui, une contusion du gros orteil datant de la guerre. Depuis la congélation, il éprouvait tous les hivers des douleurs au niveau des orteils.

Pendant les derniers mois qui avaient précédé son entrée à l'hôpital, il avait beaucoup souffert du froid et de la misère.

L'action du froid avait produit, chez lui, des désordres identiques à ceux des brûlures du premier, du deuxième et du troisième degré. Rougeur, gonflement, desquamation épidermique, phlyctènes et même eschare limitée à un orteil; anesthésie au pourtour des phlyctènes, troubles trophiques du côté des ongles. Les pansements alcoolisés phéniqués et le repos amenèrent une guérison rapide.

Le second patient avait, depuis la guerre, des douleurs et des ulcérations des jambes et du pied.

Quand nous le vîmes, il portait, en avant de la malléole interne gauche, une ulcération simple de 2 centimètres et demi de diamètre, de l'œdème du cou-de-pied et une diminution de la sensibilité des extrémités. Traitement de l'ulcération par le repos, l'emplâtre de Vigo et le vin aromatique. Guérison en un mois.

Ce malade, nous l'avons dit, n'était pas syphilitique. Il n'avait pas de varices. Il y a donc tout lieu d'admettre un rapport de cause à effet, entre la congélation des pieds pendant la guerre et les ulcérations survenues depuis cette époque.

Toutefois, on doit se demander si, à l'action de la froidure, il n'y a pas lieu d'ajouter celles de la fatigue habituelle des membres inférieurs (marchand ambulant) et peut-être de l'athérome.

Obs. CXVIII. — *Congélation des pieds. Pansement phéniqué. Guérison.* — Durand (Auguste), quarante-deux ans, polisseur de glaces, entre le 10 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. Dans son enfance, de douze à quinze ans, engelures des pieds et des mains.

En 1870, contusion du gros orteil droit (par la chute d'une bûche); garde national à Paris, il a eu les pieds gelés. Douleurs, tous les hivers, depuis cette époque. Il a beaucoup souffert cet hiver du froid et de la misère.

État actuel. — Pied gauche : Rougeur diffuse de toute la face dor-

sale disparaissant sous la pression du doigt. Gonflement de la même région. Rougeur des orteils et chute de leur épiderme. Le gros orteil est violacé, ardoisé et même complètement noir dans une partie de son étendue. Tous les ongles sont très épais (2 millimètres), celui du gros orteil est complètement irrégulier, son épaisseur est considérable, mais son accroissement en longueur paraît arrêté.

A la face dorsale de la face métacarpo-phalangienne, il existe une phlyctène de 3 centimètres sur 2, de couleur ardoisée, à contenu séreux.

La sensibilité paraît intacte si ce n'est autour de l'ongle du gros orteil et à sa face interne, où elle est abolie.

Pied droit : Même gonflement avec rougeur de la face dorsale du pied, étendu jusqu'à la malléole interne; le gonflement œdémateux dépasse même les limites de la rougeur et remonte jusqu'à la partie moyenne de la jambe. Le premier, le troisième et le quatrième orteils ont une teinte ardoisée. Sur l'extrémité du gros orteil et à son bord interne existent des phlyctènes ainsi que sur la face dorsale du deuxième orteil.

Le troisième et le quatrième orteils portent chacun de grandes phlyctènes de coloration ardoisée au pourtour de l'ongle. Les orteils sont également épaissis et déviés.

La sensibilité paraît intacte, excepté dans les points où siègent les phlyctènes.

Pansement ordinaire à l'eau alcoolisée phéniquée.

Peu à peu les phlyctènes crèvent, laissant pour la plupart à nu une peau ulcérée qui s'est mise à bourgeonner ; après plusieurs cautérisations la cicatrisation s'est faite, mais aux faces dorsale et externe du gros orteil gauche s'est formée une eschare profonde qui ne s'est détachée que le 24 février.

Le 12 mars la plaie qui résulte de l'eschare du gros orteil gauche bourgeonne, aucun os n'est à nu. Exeat.

Obs. CXIX. — *Congélation du pied gauche. Ulcération du cou-de-pied. Pansement avec l'emplâtre de Vigo et le vin aromatique. Guérison.* — Kergomard (Auguste), cinquante-trois ans, marchand ambulant, entre le 22 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 24. Le malade n'accuse aucune maladie antérieure ; n'est pas syphilitique. Pendant la guerre il eut, paraît-il, les pieds gelés. Depuis cette époque des douleurs se sont produites au niveau des orteils, surtout pendant les hivers.

C'est aussi à partir de cette époque qu'il eut de nombreuses ulcérations à la partie inférieure des jambes, surtout à gauche, et au niveau du cou-de-pied gauche. Ces ulcérations se produisant au moindre motif, et souvent sans cause connue, étaient toujours longues à se guérir, et déterminaient quelquefois des douleurs assez vives.

État actuel. — En avant de la malléole interne gauche existe une ulcération du volume d'une pièce de un franc, à bords indurés, lisses, non décollés, non renversés ni taillés à pic, à fond bourgeonnant et recouvert de pus.

De nombreuses cicatrices existent sur la face dorsale du pied gauche et la partie inférieure de la jambe qui est le siège d'une pigmentation exagérée.

Empâtement du cou-de-pied gauche. Pas de douleurs spontanées. Diminution notable de la sensibilité cutanée des membres inférieurs, d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage des extrémités.

Pansement avec bandelettes d'emplâtre de Vigo. Compression ouatée par-dessus ; repos au lit.

L'ulcération n'a aucun des aspects des gommes ou des ulcérations syphilitiques.

28 *mai.* — On enlève le pansement. Les bords de la plaie sont moins indurés. Les bourgeons du fond sont de meilleure nature. On remet le même pansement.

15 *juin.* — L'ulcère est presque cicatrisé. Pansement au vin aromatique. Cautérisation au nitrate d'argent.

21. — Le malade sort guéri.

CHAPITRE III

ACCIDENTS SYPHILITIQUES.

Trente-trois observations ainsi réparties :

A. — *Accidents locaux* (*primitifs*).

Chancres du gland	1	4
— du canal de l'urèthre	1	
— de la lèvre supérieure	1	
— de l'amygdale	1	

B. — *Accidents généraux* (*secondaires et tertiaires*).

1° Lésions de la peau :		
Syphilide vésiculeuse (eczéma)	1	5
— squameuse et végétante	1	
— ulcéreuse	3	
2° Lésions des ongles. Onyxis		1
3° Lésions des muqueuses. — Plaques muqueuses..		1
4° Lésions du tissu cellulaire :		
Gommes du cou	1	9
— des parois thoraciques	3	
— du membre supérieur	1	
— du membre inférieur	4	
5° Lésions de la mamelle		3
6° Lésions du périoste et des os :		
Périostite du métatarse	1	3
Ostéite du fémur	1	
Exostoses multiples	1	
7° Lésions périarticulaires de l'épaule		1
Total......		27

8° Nous avons reporté au chapitre des *maladies des organes génito-urinaires de l'homme* 6 observations de *testicules syphilitiques*.

ACCIDENTS PRIMITIFS.

Les *chancres* traités dans notre service dataient de cinq jours, douze jours, six semaines, deux mois.

Les chancres du gland et de la lèvre supérieure, situés dans des régions découvertes, sont d'un diagnostic ordinairement facile. Il n'en est pas de même des chancres situés profondément, cachés, en quelque sorte inaccessibles, tels que le *chancre uréthral*, ou de ceux qui siègent dans des régions tout à fait exceptionnelles, comme le *chancre de l'amygdale*.

Le chancre du canal de l'urèthre (obs. CXXI) a pu être soupçonné en raison des faits suivants : le malade, dont le dernier rapport sexuel remontait à un mois, était affecté, depuis cinq jours, d'un écoulement peu abondant et peu douloureux. Le développement d'une blennorrhagie à une période aussi éloignée des rapports sexuels, le peu d'abondance de l'écoulement, son indolence, sont des phénomènes insolites et propres à attirer l'attention de l'observateur. L'examen du malade démontra qu'il existait, dans le canal de l'urèthre, à 3 centimètres en arrière du méat, sur la ligne médiane, une induration spéciale, donnant la sensation d'un haricot coupé en deux. La relation de cause à effet, entre cette induration et l'écoulement, s'imposait et établissait de fortes présomptions en faveur d'un chancre induré du canal. Le diagnostic fut cependant réservé, jusqu'à l'apparition des accidents secondaires. Le développement d'une roséole caractéristique vint peu après confirmer le diagnostic et le traitement spécifique fut institué.

Le chancre de l'amygdale droite (obs. CXXIII), moulé par M. Jumelin et dont on trouvera la pièce dans notre musée particulier de l'hôpital Saint-Louis, provoquait des troubles fonctionnels et généraux, analogues à ceux de l'amygdalite aiguë. Son début remontait déjà à six semaines lorsque nous l'observâmes. Il présentait alors les caractères suivants : ulcération de la partie antérieure et interne de l'a-

mygdale, offrant 2 à 3 centimètres de diamètre, allongée verticalement et se prolongeant sur la face dorsale de la langue. Fond gris jaunâtre, sanieux, anfractueux; bords taillés à pic et marqués d'un liséré rouge, base manifestement indurée; tuméfaction notable de l'amygdale; adénopathie sous-maxillaire. Notre collègue Fournier, à qui le malade fut présenté, n'hésita pas à porter le diagnostic : chancre infectant de l'amygdale, et ce diagnostic, qui s'appuyait sur des preuves cliniques de la plus haute valeur, fut pleinement confirmé par le prompt effet du traitement spécifique.

ACCIDENTS SECONDAIRES ET TERTIAIRES.

Dans les observations relatives aux accidents secondaires et tertiaires, la syphilis était avouée par la plupart des malades. Les autres niaient les accidents primitifs ou ne les avaient pas remarqués. Dans ces conditions, où la difficulté du diagnostic est singulièrement compliquée, la nature de l'affection a été établie : par les accidents éprouvés par le malade antérieurement, par le caractère pathognomonique des lésions observées, par les accidents concomitants, enfin par le succès du traitement spécifique, mercure et iodure de potassium.

Accidents secondaires. — En admettant que les accidents secondaires sont ceux qui apparaissent de six semaines à deux mois après les accidents primitifs, nous n'avons que deux observations de ce groupe : Observations CXXIV : *Syphilide vésiculeuse (eczéma) du mamelon. Abcès du sein consécutif*, etc., et observation CXXX : *Plaques muqueuses à l'anus, six semaines après l'infection.*

En dehors de l'observation d'eczéma du mamelon, qui présente un intérêt particulier et sur laquelle nous reviendrons à propos des accidents syphilitiques de la mamelle, les *syphilides* furent d'un diagnostic facile et s'amendèrent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Accidents tertiaires. — L'*onyxis* syphilitique du gros orteil

droit (obs. CXXIX) avait donné lieu à une lymphangite de tout le membre inférieur, et consécutivement à une périadénite suppurée de la région inguino-crurale. L'intérêt dominant de l'observation réside en ce fait que l'incision de l'abcès devint le point de départ d'une ulcération spécifique et que tous les accidents disparurent rapidement sous l'influence de cautérisations et du sirop de Gibert. L'ulcération spécifique des plaies chirurgicales, chez les sujets syphilitiques, est un fait que nous observons fréquemment et que nous retrouverons bientôt à propos des affections syphilitiques de la mamelle.

Parmi les *gommes*, nous signalerons particulièrement l'observation CXXXI, moins à cause de la gomme ellemême qu'en raison de la longue durée de la syphilis chez le malade qui en était atteint. Il s'agit d'un homme de quatre-vingt-cinq ans, qui avait contracté la vérole en 1814. Bien qu'il n'eût jamais été soumis au traitement spécifique, il avait cependant trois enfants bien portants et jouissait luimême habituellement d'une excellente santé.

Chez le malade de l'observation CXXXIII, on trouvait, outre une gomme ulcérée du cinquième espace intercostal droit, des accidents syphilitiques du côté de la langue et une parésie du voile du palais.

L'observation CXXXVII a trait à une gomme ulcérée de la jambe, compliquée d'adénopathie inguino-crurale. Le malade, âgé de vingt-huit ans, avait perdu ses parents; il niait tout antécédent vénérien et nous n'avions aucune raison de douter de sa parole. Toutefois, l'aspect caractéristique de l'ulcération et le succès du traitement spécifique nous permirent d'affirmer qu'il s'agissait bien réellement d'une gomme syphilitique. Nous pensâmes alors qu'il s'agissait ou d'une syphilis héréditaire, ou d'une syphilis acquise dans le bas âge (nourrice) et les antécédents du malade justifiaient pleinement cette manière de voir. Il avait eu, en effet, à l'âge de sept ans, une paralysie complète qui disparut complètement en le laissant sujet à des attaques d'épilepsie.

Les six cas de *syphilis testiculaire* ont tous trait à l'affection connue sous le nom de *testicule syphilitique*, c'est-à-dire

à l'inflammation chronique, scléreuse de l'organe, caractérisée par l'augmentation de volume, l'induration, la présence de petites bosselures très dures à la surface de la tumeur, l'indolence et quelquefois la présence d'un épanchement vaginal ordinairement peu abondant. Chez un de nos malades l'affection était double. L'hydrocèle existait dans quatre cas.

Bien que la syphilis fût niée ou ignorée par quatre malades, le diagnostic ne présentait de réelles difficultés que dans un cas où la tumeur du testicule s'accompagnait d'un abcès fistuleux d'origine traumatique. Dans cette observation, il semble que le traumatisme ait donné un coup de fouet à la diathèse.

Les observations de *testicules syphilitiques* ont été reportées au chapitre : *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme* afin d'être rapprochées des observations de tumeurs du testicule.

Nous avons groupé quatre observations d'*affections mammaires, chez des femmes syphilitiques*. Trois d'entre elles ont trait à des *abcès du sein* et sont remarquables par leur analogie. La quatrième relate l'histoire d'une *inflammation chronique diffuse* de la mamelle.

La première malade (obs. CXXIV), déjà signalée à propos des syphilides, âgée de vingt et un ans, avait contracté un chancre infectant deux mois auparavant, au cours d'une grossesse arrivée au sixième mois au moment de l'entrée à l'hôpital. Elle portait un abcès du sein consécutif à un eczéma spécifique du mamelon. Nous fîmes le débridement de cet abcès et observâmes quatre jours après, comme dans l'adéno-phlegmon inguino-crural, observation CXXIX, l'ulcération des lèvres de l'incision et le développement de plaques muqueuses à la surface de la plaie. Il y avait chez cette femme imminence d'avortement.

Les deux autres malades (obs. CXL et CXLI) étaient âgées de vingt-deux et de trente ans; la syphilis remontait à un et à trois ans. Elles avaient accouché au septième mois, l'une cinq semaines auparavant d'un enfant mort-né, l'autre un mois auparavant d'un enfant qui avait des boutons à la

bouche et à l'anus et qui ne vécut que quelques heures. L'incision et le drainage des abcès furent suivis, comme chez la malade précédente, d'ulcérations spécifiques des bords de l'incision, l'ulcération revêtant chez l'une l'aspect d'un chancre phagédénique et chez l'autre la disposition cratériforme. Nous dûmes enlever les drains, faire de grands lavages antiseptiques et prescrire le traitement antisyphilitique, qui ne tarda pas d'ailleurs à amener la guérison.

Deux faits extrêmement intéressants ressortent de ces observations. Ce sont, d'une part, l'influence de la syphilis sur la grossesse et la puerpéralité ; de l'autre, les modifications imprimées à la marche des plaies chirurgicales par la même diathèse.

Le premier fait, déjà bien connu, se trouve confirmé par l'histoire de nos malades. La première, enceinte de six mois, est sous l'imminence d'un avortement; les deux autres, récemment accouchées, ont eu des couches prématurées, et les enfants sont morts en naissant. En outre, il y a lieu de se demander si l'état de grossesse et l'état de puerpéralité n'agissent pas réciproquement sur la diathèse, en lui donnant un coup de fouet. Il nous semble logique d'attribuer, en pareil cas, une part à peu près égale à la syphilis et à l'activité utérine, dans le développement des abcès. En d'autres termes, les abcès ne se seraient sans doute pas produits, en dehors de la gravidité et de la puerpéralité, et d'autre part, même pendant ces états, ils ne se seraient peut-être pas développés si les malades n'eussent pas été syphilitiques.

Quant à l'influence de la syphilis sur la marche des plaies chirurgicales, elle est des plus nettes et donne des enseignements précieux au point de vue du diagnostic et du traitement. Au point de vue du diagnostic, l'ulcération phagédénique des bords de l'incision et le développement de plaques muqueuses à la surface de la plaie révélera la diathèse en dehors de toute autre manifestation et à défaut des anamnestiques. Au point de vue du traitement, on devra agir avec une prudence toute particulière pour l'évacuation des collections purulentes chez les sujets en puissance de

diathèse. Si, en règle générale, il faut débrider largement les abcès et les drainer, dans le cas de syphilis, il sera préférable de faire une simple ponction, en évitant autant que possible le séjour de corps étrangers entre les lèvres de la plaie. Enfin, et comme conclusion, toutes les fois que des faits semblables se produiront, il faudra recourir en hâte au mercure et à l'iodure de potassium.

Dans l'observation CXLII, il s'agit, non plus d'abcès, mais d'une inflammation chronique diffuse du sein, chez une femme de trente ans, syphilitique depuis six ans.

La tumeur offrait tous les caractères de ces infiltrations gommeuses de la mamelle qu'on a comparées, avec juste raison, aux infiltrations gommeuses du testicule. Dans ce cas, l'iodure de potassium amena, en quelques jours, la guérison.

Parmi les *affections syphilitiques du périoste et des os*, nous signalerons l'observation CXLIV, relative à un cas d'ostéite du fémur guérie par l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose. Le malade, âgé de trente-quatre ans, avait contracté la syphilis cinq ans auparavant. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait vu se développer à la face interne de la cuisse gauche un abcès qui s'ouvrit spontanément et resta fistuleux. La fistule conduisait sur le fémur dénudé, friable et manifestement atteint d'ostéite raréfiante. En outre, le pus qui s'écoulait continuellement était chargé de parcelles osseuses. Nous pensâmes à une ostéite syphilitique à cause des douleurs exclusivement nocturnes qu'il accusait et aussi à cause du bon état de sa santé générale et de l'absence de cause occasionnelle.

L'iodure de potassium amena la guérison complète avec occlusion de la fistule en moins de vingt jours et sans autre traitement, ce qui confirma pleinement le diagnostic.

L'observation CXLV est aussi des plus intéressantes. La malade, âgée de vingt-trois ans, niait tout antécédent syphilitique; mais elle portait sur le radius droit, sur le sternum et sur le tibia droit, des hyperostoses de date récente.

En outre, on observait chez elle, à la face postérieure du

mollet droit, des ulcérations dont les caractères n'étaient pas douteux. La prompte disparition des néoplasies ostéo-périostiques et la guérison des ulcérations sous l'influence de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles réduisirent à néant les dénégations de la malade.

Un dernier cas intéressant est relaté dans l'observation CXLVI. (*Lésions syphilitiques périarticulaires de l'épaule*). Le malade, âgé de quarante-six ans, avait contracté la syphilis à vingt et un ans. Après de nombreuses manifestations guéries par l'iodure de potassium, il avait éprouvé, dans les derniers temps, des troubles graves du côté de l'épaule gauche. Douleurs, tuméfaction, immobilisation de la jointure et bientôt après production d'abcès multiples à fond grisâtre. Quand nous le vîmes, les fistules guéries ou en activité étaient au nombre de dix-huit; les symptômes physiques et fonctionnels, observés du côté de l'épaule, portaient à croire à l'existence d'une scapulalgie. Toutefois, l'exploration des fistules avec le stylet montra que les lésions étaient superficielles et qu'aucune fistule ne communiquait avec les os ou l'article. Les bains sulfureux et l'iodure de potassium à haute dose amenèrent la guérison complète en moins de deux mois, sans aucune intervention chirurgicale et en ne laissant d'autres troubles fonctionnels que quelques désordres légers et intermittents de la sensibilité dans la sphère d'irradiation terminale du nerf radial

A. — Accidents primitifs.

Obs. CXX. — *Chancre induré. Bubon. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Repos. Traitement spécifique.* — Couffier (Jean), vingt et un ans, garçon de salle, entre le 31 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 21. Scrofule, gourme, adénites cervicales, ophthalmie dans l'enfance. Il y a douze jours, chancre de la couronne du gland. Trois jours après l'apparition du chancre, tuméfaction ganglionnaire dans l'aine gauche. Douleur.

État actuel. — Le chancre est arrondi, sa surface est lisse, son fond grisâtre, ses bords saillants et assez réguliers sont taillés à pic.

Induration parcheminée à la base. Sécrétion sanieuse peu abondante. Dans l'aine gauche, petite masse ovoïde, inégale, légèrement bosselée, douloureuse à la pression. La peau à sa surface est normale. Rien à droite.

On cautérise le chancre avec le nitrate d'argent, puis on panse avec le vin aromatique.

Pilules de protoiodure à 5 centigrammes ; une par jour.

7 *avril.* — Sortie. Il continuera son traitement chez lui.

Obs. CXXI. — *Chancre induré du canal de l'urèthre.* — Félix Poirier, vingt-trois ans, mouleur en bois, vient à la consultation le 25 mars 1881. Pas de blennorrhagie antérieure. N'a pas eu de rapports sexuels depuis un mois. Il est affecté d'un écoulement uréthral qui dure depuis cinq jours, peu douloureux et peu abondant. A 3 centimètres en arrière du méat sur la ligne médiane, existe, dans le canal de l'urèthre, une induration caractéristique donnant au doigt la sensation d'un haricot coupé en deux et présentant la surface de section du côté de l'urèthre. Nous pensons à un chancre induré du canal.

Nous attendons cependant l'apparition des accidents secondaires avant d'affirmer l'existence de la syphilis.

2 *juin.* — Le malade revient nous voir avec une roséole. Le chancre diminue de volume. Il n'y a presque plus d'écoulement.

Le traitement spécifique est prescrit.

Obs. CXXII. — *Chancre induré de la lèvre supérieure. Syphilide papulo-squameuse.* — Muller (Henri), trente-quatre ans, entre le 9 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 24.

Il y a deux mois, à l'extrémité droite de la lèvre supérieure, le malade, d'une très bonne santé habituelle, constate l'existence d'un petit bouton dur, peu douloureux, du volume d'une lentille.

Ce bouton augmente peu à peu de volume sans déterminer jamais de douleur. En même temps, au-dessous de l'angle droit de la mâchoire, se produisit un ganglion qui bientôt devenait douloureux au point d'empêcher le sommeil.

Le malade entre alors à Necker, trois semaines après le début de la maladie, et y reste une semaine. On applique de la glycérine sur la petite tumeur.

Depuis une huitaine de jours, il souffre du cou et des oreilles, surtout de l'oreille gauche.

Douleur vive à la déglutition, nez obstrué, il dort la bouche ouverte.

État actuel. — A la lèvre supérieure, près de la commissure droite, existe une tumeur ulcérée du volume d'une noisette, indurée à la base, non douloureuse, même à la pression, recouverte sur sa face antérieure de croûtes, et présentant à sa face inférieure, au niveau

de la muqueuse, une teinte opaline analogue à celle des plaques muqueuses.

Dans la région sous-maxillaire droite et dans la région parotidienne de ce côté, de nombreux ganglions sont augmentés de volume, douloureux et mobiles.

Le pharynx, les piliers du voile, les amygdales sont rouges et tuméfiés.

Une plaque muqueuse au niveau du pilier antérieur. Roséole du thorax et de l'abdomen. Syphilide papulo-squameuse sur les membres. Croûtes dans les cheveux.

Déglutition douloureuse. Irradiation douloureuse dans l'oreille droite. Voix un peu rauque. Céphalalgie frontale intense, surtout pendant la nuit. Douleurs à la partie supérieure des mollets depuis une huitaine de jours. Appétit conservé.

Traitement. — Frictions mercurielles répétées tous les jours, alternativement sur la face interne de la cuisse droite et de la cuisse gauche, avec gros comme une petite noix d'onguent napolitain.

Iodure de potassium, 2 grammes par jour.

12 *mai.* — Amélioration notable qui se traduit par une diminution considérable des douleurs et par une diminution de l'éruption.

16. — L'amélioration continue rapidement. Le chancre de la lèvre a diminué de volume. Gingivite. Chlorate de potasse, 4 grammes.

24. — Le malade demande à sortir. L'éruption a à peu près disparu. Il ne souffre plus de la gorge et peut avaler facilement.

Les ganglions et le chancre ont considérablement diminué de volume.

Obs. CXXIII. — *Chancre infectant de l'amygdale droite* (pièce moulée par M. Jumelin). — Le Trende (Jérôme-Marie), trente-six ans, journalier, entre le 7 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 73 *bis.*

Antécédents nuls, bonne santé habituelle. Il y a six semaines, légère douleur à l'amygdale droite, en avalant. Cette douleur devint plus vive en quelques jours, en même temps qu'apparaissait du gonflement à la région sous-maxillaire droite. Le malade continue néanmoins son travail; mais peu à peu les nuits sont moins bonnes : céphalalgie, malaise continu, étourdissements, le tout accompagné d'un état fébrile assez vif. C'est alors qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — On remarque sur l'amygdale droite, à sa face interne et antérieure, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à bords taillés à pic et marqués d'un liséré rouge. Le fond est gris, jaunâtre, sanieux, irrégulier, anfractueux. Cette ulcération se termine un peu en queue sur la face dorsale de la langue dans l'étendue d'un demi-centimètre environ. L'amygdale est d'un tiers plus volumineuse que sa congénère. Au toucher l'ulcération repose

manifestement sur une base indurée. Les ganglions sous-maxillaires correspondants forment une pléiade, chaque ganglion offrant le volume d'un œuf de pigeon. Cette adénopathie offre d'ailleurs un volume fort variable d'un jour à l'autre et parfois diminue de moitié par le repos et la chaleur du lit.

La déglutition de la salive et des liquides est plus douloureuse que celle des solides, mais cette douleur n'a rien d'exagéré, bien qu'elle retentisse d'une façon désagréable dans l'oreille. De plus, le malade se plaint de maux de tête plus violents la nuit que le jour et occupant exactement la moitié de la tête du côté atteint. Ce sont des élancements assez forts pour empêcher le sommeil.

L'appétit est conservé, mais le malade se sent plus faible.

M. Fournier, qui a bien voulu examiner le malade, n'a pas hésité à diagnostiquer un chancre syphilitique de l'amygdale. Le traitement consiste en conséquence dans l'administration de $0^{gr},10$ de proto-iodure d'hydrargyre en pilules, avec gargarismes de chlorate de potasse. Attouchements avec une solution de chloral au vingtième, le tout aidé d'une hygiène réparatrice. Au bout de huit jours, l'état général était de beaucoup meilleur. Localement l'ulcération détergée avait changé d'aspect. Le fond, devenu rouge et bourgeonnant, s'était élevé; l'adénopathie, quinze jours après le commencement du traitement, avait complètement disparu, à peine en trouvait-on des traces au toucher.

25 *janvier.* — Sur la jambe droite variqueuse apparaissent trois plaques de rupia de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Emplâtre de Vigo.

8 *février.* — L'excavation de l'amygdale, de couleur rosée, n'est pas encore complètement comblée, plus de douleurs, plus d'adénopathie; le rupia est presque guéri et le malade quitte l'hôpital en promettant de revenir de temps en temps.

B. — Syphilides.

Obs. CXXIV. — *Syphilide vésiculeuse (eczéma) du mamelon. Abcès du sein consécutif. Traitement spécifique.* — Marie Glébau, vingt et un ans, couturière, entre le 16 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 42.

Enceinte de six mois; elle est syphilitique depuis deux mois seulement. Sous l'influence de sa diathèse, elle a été affectée d'eczéma du mamelon ; celui-ci a déterminé la formation d'un abcès pour lequel elle entre à l'hôpital.

État actuel. — La syphilis est évidente et se manifeste par tous les accidents du début de la période secondaire : l'eczéma du mamelon en particulier présente les caractères diathésiques les plus évidents.

Quant à l'abcès du sein, il n'offre jusqu'à présent rien de caracté-

ristique, et, à s'en tenir à un examen superficiel, on pourrait le croire assez bénin, assez circonscrit.

Nous en pratiquons immédiatement l'ouverture; elle donne issue à quelques cuillerées d'un pus sanieux, fétide, mal lié. Traitement spécifique (pilules de proto-iodure, formule Fournier).

20 *mars*. — La plaie du sein s'est ulcérée et est recouverte de plaques muqueuses; il n'y a plus de suppuration, mais un véritable cratère s'est formé. Le fond de l'ulcère est blanchâtre et de très mauvais aspect.

Grands lavages désinfectants.

30. — Grâce à des cautérisations fréquentes, la plaie est en partie fermée; la malade se sent mieux; mais les éruptions sont toujours nombreuses; de plus, elle a dû garder le lit quelques jours, des douleurs rénales ayant fait croire à un avortement prochain.

6 *avril*. — Guérie de son abcès, mais en pleine évolution de sa diathèse, et sous le coup d'un avortement imminent, cette malade passe en médecine (service de M. Ollivier).

Obs. CXXV. — *Syphilides squameuse et végétante du talon et de la malléole (côté droit). Traitement spécifique.* — Frantz Marc, vingt-six ans, maçon, entre le 21 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 35. Bonne santé habituelle; syphilis en 1880. Chancre de la lèvre. Plaques muqueuses de la gorge. Roséole. Le malade a bien suivi son traitement (vingt-cinq jours de pilules et de liqueur de van Swieten, quatre-vingts jours d'iodure de potassium).

Au mois d'août dernier il porte des chaussures d'emprunt, et trois jours après aperçoit une petite écorchure au niveau de la malléole interne droite. Cette écorchure ne fit que grandir depuis, malgré l'application de pommades (onguent Canet et Girard).

État actuel. — Ulcération de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, irrégulière sur les bords, d'un aspect terne, sans induration appréciable sur les bords, et entourée d'une auréole de teinte vineuse.

A la face interne du talon, surface de même étendue, recouverte de petites squames blanchâtres, irrégulières, plus ou moins épaisses. Au pourtour de cette syphilide squameuse, les plaques sont tombées et laissent à nu un derme rouge violacé. Indolence à la pression.

Adénopathie inguinale.

Pansement des ulcérations avec le vin aromatique. Solution d'iodure de potassium à l'intérieur (2 grammes par jour).

28 *janvier* 1882. — On substitue l'emplâtre de Vigo au vin aromatique. Bon état général.

2 *février*. — L'ulcération malléolaire a de la tendance à la végétation. M. Besnier, à qui l'on présente le malade, porte le diagnostic : *syphilide végétante*.

5. — Amélioration locale et générale.

10. — Le malade demande à retourner chez lui, où il continuera son traitement.

Obs. CXXVI. — *Syphilide ulcéreuse de la région fessière gauche. Emplâtre de Vigo. Traitement spécifique. Guérison.* — Vivois (Julia), vingt-trois ans, bijoutière, entre le 11 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 56. Lymphatisme. Kératite dans l'enfance. Bonne santé habituelle. Cette malade a vu, il y a trois ans, se former une grosseur au niveau de la partie inférieure de la région fessière gauche. Bientôt cette grosseur devint douloureuse, puis elle finit par s'ulcérer en donnant issue à un liquide purulent. A partir de ce moment, l'ulcération augmenta rapidement, envahit la partie supéro-interne de la cuisse gauche et la partie interne et inférieure de la fesse droite. Toutefois la malade a remarqué que le travail ulcératif s'arrêtait par moments, et qu'un phénomène de cicatrisation se produisait soit pendant les temps d'arrêt, soit même pendant l'évolution de l'ulcération, le travail réparateur s'effectuant d'un côté pendant que le travail destructif agissait de l'autre.

Les traitements institués (vin aromatique, alcool camphré, cérat, pommade au calomel, etc.) ont été absolument inutiles, et comme la maladie semble depuis quelque temps avoir pris un surcroît d'activité, comme des douleurs se sont produites depuis quelques mois, douleurs qui sont de plus en plus vives, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — L'ulcération est considérable. Elle occupe les parties interne et inférieure des deux fesses, et de là elle descend sur la partie interne et postérieure de la cuisse gauche. Les caractères sont les suivants : bords irréguliers, épais, en bourrelets, formés comme par des nodosités saillantes. Contour festonné (polycyclique, serpigineux). Çà et là, au milieu, de grandes plaques de cicatrices. L'existence de ces cicatrices permet de croire à une manifestation syphilitique. Ce qui confirme cette opinion, c'est la présence au cuir chevelu, au niveau des régions frontale et pariétale droite, de nodosités en fer à cheval, au niveau desquelles les cheveux sont tombés.

Le traitement suivant est institué :

Pansement avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo. Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide se produisit. La cicatrisation s'effectua rapidement, les douleurs disparurent et la malade put sortir vers le 15 novembre absolument guérie.

Obs. CXXVII. — *Syphilide ulcéreuse rétro-malléolaire, consécutive à un traumatisme. Traitement spécifique. Guérison.* — Samson (Louis), quarante-sept ans, forgeron, entre le 19 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 28. — Les renseignements fournis par le malade, bien que peu

précis, permettent de croire à la syphilis. Le 26 juin dernier, contusion en arrière de la malléole externe droite; quatre jours après, inflammation; production d'un abcès qui s'ouvre spontanément. L'ouverture spontanée s'ulcère et l'ulcération s'étend de jour en jour.

État actuel. — En arrière de la malléole externe droite ulcération ayant 7 centimètres de long (diamètre vertical) sur 4 de large. Les bords sont taillés à pic, légèrement tuméfiés, irréguliers, présentant sur tout leur pourtour un décollement considérable. Le fond est recouvert de bourgeons charnus irréguliers sécrétant une petite quantité de liquide purulent.

L'aspect de la lésion suffit pour affirmer la nature syphilitique.

Pansement à l'emplâtre de Vigo. Iodure de potassium, 4 grammes par jour. Repos absolu.

Au bout de huit jours une amélioration considérable se produisit. Toutefois, il fut impossible de continuer plus longtemps l'iodure de potassium, en raison de l'éruption confluente d'acné que son administration produisit sur le visage du malade.

On continue le pansement avec des bandelettes de Vigo.

9 *septembre.* — Le malade sort guéri.

Obs. CXXVIII. — *Syphilide ulcéreuse du petit orteil gauche. Guérison rapide par le traitement spécifique.* — Leblanc (Alphonse), trente-trois ans, imprimeur, entre le 23 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 35. Chancre induré en septembre dernier. Plaques muqueuses, etc. Pas de traitement. Il y a trois mois, douleurs lancinantes dans la jambe gauche. Insomnie pendant plusieurs jours. En même temps, se produisait sous la pulpe de la phalange du petit orteil du même côté une ulcération qui augmenta rapidement de volume.

Divers traitements furent institués. Pansement au vin aromatique, cataplasmes, pansement à la poudre d'iodoforme, pansement à l'alcool camphré, etc.; rien ne fit et l'ulcération augmenta rapidement, détruisit bientôt l'ongle et une partie de la phalange. Les douleurs à la jambe diminuèrent un peu. Le malade vint plusieurs fois nous voir à la consultation externe; nous lui fîmes panser son ulcération avec l'emplâtre de Vigo.

Tout traitement paraissant inutile, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Il ne reste qu'un petit segment de la troisième phalange; l'ulcération est un peu fongueuse, limitée par des bords très nettement découpés.

26 *juillet.* — M. Fournier, à qui nous demandons son avis, diagnostique une *syphilide ulcéreuse.*

Traitement mercuriel (sirop de Gibert, une cuillerée; 4 grammes iodure de potassium). Pansement au Vigo.

Dès le 28, cette ulcération, que rien ne pouvait enrayer, s'arrête et commence à se rétrécir, quoique le malade se lève toute la journée.

Le 6 *août*. — Elle est en grande partie cicatrisée, et le 10, le malade peut sortir et reprendre ses occupations; guérison.

Obs. CXXIX. — *Onyxis syphilitique du gros orteil droit. Phlegmon angioleucitique de l'aine chez un syphilitique. Ouverture de l'abcès. Guérison.* — Legallot (Mathurin), quarante-neuf ans, journalier, entre le 17 juin, salle Saint-Augustin, n° 79.

Il est affecté d'une périadénite suppurée qui occupe la région des ganglions verticaux du membre inférieur droit.

L'inflammation existe depuis huit jours. Le point de départ en est évident. Un onyxis du gros orteil droit, d'origine syphilitique, est en effet le siège d'une poussée inflammatoire aiguë. De cette lésion partent des réseaux rouges de lymphangite qui remontent sur la partie antérieure de la jambe et arrivent à la région inguinale.

État saburral. Fièvre légère. T = 38°,1.

La fluctuation étant très manifeste, nous ouvrons l'abcès avec soin. Le pus est évacué. Un petit drain est laissé dans la plaie. Enfin un spica légèrement compressif est appliqué sur la région.

20 *juin*. — L'abcès est vidé et les parois en sont évidemment appliquées les unes sur les autres. Mais l'ouverture s'est ulcérée, ses bords un peu déchiquetés et grisâtres présentent l'aspect d'une plaque muqueuse assez étendue.

Cautérisation. Sirop de Gibert.

24. — Le malade est guéri. Il continuera chez lui le traitement spécifique. Sortie.

C. — Plaques muqueuses.

Obs. CXXX. — *Plaques muqueuses à l'anus. Traitement spécifique. Bains d'amidon. Amélioration.* — Caron (Henri), vingt-trois ans, garçon de salle, entre le 1er juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10.

Il y a six semaines, chancre du gland à 4 millimètres du méat urinaire. Ce chancre est aujourd'hui cicatrisé.

Depuis quatre jours, dans le sillon interfessier et autour de l'anus, sensation de brûlure excessivement pénible surtout pendant la marche.

État actuel. — Sur toute l'étendue du sillon interfessier, ulcérations ovoïdes à bords se détachant très nettement des parties voisines, à coloration d'un rouge violacé et sécrétant un liquide sanieux abondant.

Au pourtour de l'orifice anal, on en compte sept qui forment pour ainsi dire une couronne et dont les bords sont moins saillants que celles du sillon interfessier. Elles sont également plus saignantes, surtout pendant l'acte de la défécation, ce qui faisait croire au malade qu'il avait des hémorrhoïdes.

Cautérisation avec le nitrate d'argent et pansement avec une mèche trempée dans le vin aromatique.

Traitement mixte : pilules de proto-iodure et iodure de potassium, 1 gramme d'abord, puis 2 grammes.

Bains d'amidon.

Au bout de vingt jours, amélioration notable.

27 *juin.* — Sortie.

D. — Gommes.

Obs. CXXXI. — *Gomme suppurée du cou chez un malade dont la syphilis remonte à soixante-sept ans. Traitement spécifique. Guérison.* — Nétral (Etienne), quatre-vingt-cinq ans, sans profession, entre le 4 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 5 *bis*.

Bonne santé habituelle. Sujet très robuste. Chancre induré en 1814, en Autriche, où il faisait campagne comme hussard du premier empire.

Jamais il n'a été soigné pour sa diathèse, et cependant il a trois enfants bien portants.

A eu plusieurs fois des gommes dans diverses régions, de dix en dix ans, d'après son dire.

État actuel. — Gomme suppurée occupant la région du cou et ne laissant aucun doute sur sa nature syphilitique.

Nous prescrivons l'iodure de potassium qui ne tarde pas à amender considérablement la lésion. Le malade sort presque guéri le 14 juillet. Il continuera chez lui l'usage de l'iodure.

Obs. CXXXII. — *Gomme ulcérée de la partie supérieure du thorax. Emplâtre de Vigo. Traitement spécifique. Guérison.* — Jarry (Eugène), trente-huit ans, raboteur, entre le 5 janvier 1881, salle Saint-Augustin, 76.

Sujet amaigri, débilité. A vingt et un ans, chancre induré. Deux mois après, croûtes dans les cheveux; pas d'alopécie; pas de boutons ni de maux de gorge jusqu'en 1878 où la santé a continué à être excellente. A cette époque, entre à l'hôpital du Midi, pour une ulcération située à 2 centimètres de la partie supérieure de la clavicule, au niveau de l'extrémité antérieure de la dernière côte. Cette ulcération aurait débuté sous forme d'une tumeur peu dure, indolente, du volume d'une bille, roulant sous le doigt, non adhérente à la peau qui avait sa coloration normale. Peu à peu, cette tumeur augmente de volume et devient ovoïde, à grosse extrémité dirigée en haut et en dehors. Trois mois après, la tumeur devenait mollasse; la peau prenait une teinte rougeâtre, s'amincissait et finissait par s'ulcérer. Cicatrisation; puis en décembre 1880, nouvelle ulcération.

Depuis deux ans, il a beaucoup maigri, ressent une faiblesse générale, de fréquents engourdissements dans les jambes et les bras.

Céphalalgies répétées, surtout pendant la nuit. Perte de l'appétit et du sommeil.

État actuel. — L'ulcération occupe une surface de 3 centimètres et est située à la partie antérieure et supérieure du thorax, au niveau de la deuxième côte et à 2 centimètres du bord droit du sternum. Elle donne issue à un liquide gommeux; les bords sont amincis, irréguliers, décollés et comme taillés à pic. Emplâtre de Vigo. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Vin de quinquina. Sirop de fer.

17 *janvier.* — La cicatrisation est presque complète. Le malade quitte le service.

Obs. CXXXIII. — *Gomme ulcérée du cinquième espace intercostal droit, à 3 centimètres 1/2 du bord du sternum. Syphilis linguale. Iodure de potassium. Guérison.* — Berjaud (Édouard), quarante-neuf ans, homme de peine, entre le 9 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 7 *bis*.

Il y a vingt-cinq ans, blennorrhagie avec chancre infectant. Ne signale aucun accident secondaire. Bonne santé habituelle.

Cinq semaines avant d'entrer à l'hôpital, il constate sur la poitrine l'existence d'une petite tuméfaction, rouge, non douloureuse, qui, arrivée au volume d'une noisette, s'ouvre spontanément huit à dix jours après. Il en sortit un liquide purulent. A ce moment un peu de douleur se produisit. Depuis, peu à peu l'orifice s'est agrandi.

État actuel. — On voit, dans le cinquième espace intercostal droit, à 3 centimètres 1/2 du bord du sternum, une ulcération des dimensions d'une pièce de cinq francs. Bords taillés à pic, décollés en certains points, se continuant en dehors avec une zone rouge indurée de 1 centimètre. Le fond est grisâtre, formé par des bourgeons inégaux, assez volumineux, recouverts d'un liquide muco-purulent.

Peu de douleurs, jamais d'hémorrhagies.

Un ganglion axillaire assez développé, non douloureux.

Si l'on examine la langue, on constate que le côté gauche est considérablement augmenté de volume; l'épithélium est en partie touché, ce qui rend ce côté plus lisse que l'autre; on y remarque en outre quatre ou cinq fissures profondes qui le sillonnent. Les dents y marquent de profondes empreintes. Ce côté est lobulé et induré.

Parésie du voile du palais. Le malade nasonne. Les liquides reviennent quelquefois par les fosses nasales.

Frictions mercurielles. Iodure de potassium. Emplâtre de Vigo.

10 *janvier.* — Intoxication iodique. Douleur à la gorge. Injection assez vive des conjonctives. Larmoiement, dyspnée. Toux. On suspend l'iodure de potassium. On continue les frictions.

13. — Amélioration très notable de l'ulcération. Les bourgeons ont meilleur aspect; ils se continuent sans que les bords soient taillés à pic avec le pourtour de la perte de substance.

15. — Cautérisation au nitrate d'argent. L'amélioration est consi-

dérable; le malade parle mieux; le voile du palais est plus libre.

17. — Un peu de gingivite mercurielle. Chlorate de potasse. On continue les frictio ns.

20. — Le malade sort guéri.

Obs. CXXXIV. — *Gomme ulcérée de la région sternale. Pansement phéniqué. Solution iodurée à l'intérieur. Cicatrisation.* — Martin (Ludovic), quarante-trois ans, perruquier, entre le 3 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7.

Jamais de maladies graves. Chancre induré à l'âge de trente-cinq ans. Marié, il a eu deux enfants qui sont morts de convulsions, l'un à onze mois, le second à dix-neuf.

Il y a huit mois, apparition à 3 centimètres au-dessous de la fourchette sternale d'une tumeur du volume d'une bille, dure, mobile sous la peau et indolente même à la pression.

Quinze jours après, elle devint douloureuse, surtout pendant la nuit, puis elle augmenta de volume.

En deux mois, elle atteignait le volume d'une noix en devenant de plus en plus douloureuse.

Enfin, il y a trois mois, elle s'est ramollie et est devenue fluctuante; la peau a pris une teinte rouge, s'est amincie et s'est ulcérée.

État actuel. — A 3 centimètres au-dessous de la fourchette sternale existe une ulcération de 3 centimètres de diamètre. Les bords sont taillés à pic; le fond grisâtre est rempli d'une sanie gommeuse.

Pansement de l'ulcération avec l'eau phéniquée. 3 grammes d'iodure de potassium en solution à l'intérieur.

29 *septembre.* — Cicatrisation à peu près complète de l'ulcération. Le malade demande sa sortie; il continuera son traitement chez lui.

Obs. CXXXV. — *Gomme ulcérée du bras gauche. Traitement spécifique.* — Masseillian (Charles), gardien de la paix, entre le 5 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 5.

Chancre de la verge il y a quatre ans; accidents secondaires peu après. Traitement mercuriel. Il y a quatre mois, apparut à la face antérieure de l'avant-bras gauche une tumeur dure, du volume d'une grosse noisette, et profondément située. Elle a grossi rapidement et avait, il y a trois semaines, le volume d'un petit œuf de poule. A ce moment elle est devenue moins dure à son centre, la peau a pris une teinte rougeâtre et six jours après elle s'ulcérait.

Pendant quelques jours, le malade est resté sans traitement, se contentant d'entourer son bras de compresses sèches. Puis, voyant que la guérison ne se faisait pas, il entre dans le service.

État actuel. — L'ulcération a la largeur d'une pièce de cinquante centimes; ses bords sont irréguliers, taillés à pic, le fond est grisâtre. Empâtement au pourtour de la plaie sur une surface de 3 centimètres environ.

Pansement avec l'alcool phéniqué. Iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Sous l'influence du traitement, on constate une grande amélioration au bout de quatre jours, et le malade pouvant se soigner, tout en se livrant à ses occupations, demande sa sortie le 18 mars 1881.

Obs. CXXXVI. — *Gomme ulcérée de la jambe. Iodure de potassium. Guérison.* — B... (Léon), trente-neuf ans, comptable, entre le 25 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16.

Débilité par les excès. Trois blennorrhagies et une orchite ; la dernière blennorrhagie à vingt-cinq ans. A vingt-huit ans, chancre induré et, quelques semaines plus tard, accidents secondaires : plaques muqueuses, roséole, croûtes dans les cheveux et alopécie. Pilules de protoiodure.

Il y a onze mois, apparut à 2 centimètres en dehors de la tubérosité antérieure du tibia une tumeur du volume d'une noisette. Au début, elle n'était pas douloureuse, mais quand elle a été plus grosse et qu'elle s'est enflammée, elle est devenue le siège de douleurs.

Avant d'être ulcérée, la tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon, lisse, bien circonscrite, sans adhérence avec la peau et excessivement dure. Puis peu à peu elle s'est ramollie, la peau est devenue rouge, s'est amincie et a fini par s'ulcérer.

État actuel. — L'ulcération est grisâtre, à fond sanieux; ses bords sont violacés et taillés à pic. Il y a un ganglion inguinal très tuméfié.

Nous prescrivons 2 grammes d'iodure de potassium, puis nous augmentons jusqu'à 4 grammes ; de plus, régime fortifiant et vin de quinquina et sirop de fer.

L'amélioration ne tarde pas à se produire sous l'influence de ce traitement, et le 19 août, la guérison est complète.

20 *août.* — Sortie.

Obs. CXXXVII. — *Gomme ulcérée de la jambe. Adénite. Traitement spécifique. Guérison.* — Bernard (Victor), vingt-huit ans, frappeur, entre le 13 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 10.

Il nie tout antécédent syphilitique. Mais nous soupçonnons une syphilis héréditaire. A l'âge de sept ans, paralysie complète qui disparut en le laissant sujet à des attaques d'épilepsie.

État actuel. — Adénite de l'aine droite non suppurée, mais tuméfiée et assez considérable. Elle occupe les ganglions verticaux et est évidemment sous la dépendance d'une tumeur qui occupe la face antéro-externe et la partie supérieure de la jambe droite. Une traînée de lymphangite douloureuse assez étendue, aiguë, la relie en effet à cette tumeur.

Constituée par une ulcération circulaire bourgeonnante, rouge, assez volumineuse, présentant des saillies villeuses et offrant les

dimensions d'une pièce de cinq francs en argent, elle est entourée d'une zone de 1 centimètre au moins de décollement de la peau. Celle-ci présente une teinte rouge jambon caractéristique des gommes syphilitiques ulcérées.

Santé générale assez satisfaisante.

Malgré l'absence de renseignements, et en raison de l'aspect et des caractères physiques de la tumeur, nous n'hésitons pas à prescrire le traitement spécifique.

L'iodure de potassium à petites doses, puis à 2, 3 et 4 grammes, est d'abord ordonné. Le malade n'en est pas incommodé. Mais après dix jours il n'a encore retiré de cette médication que des avantages très contestables.

Nous y joignons alors les frictions mercurielles.

Immédiatement une grande amélioration se produit. La plaie se déterge, tout accident inflammatoire disparaît, et les bords commencent à bourgeonner.

En même temps, les accidents épileptiques deviennent plus rares.

3 *juin.* — Guérison complète de l'ulcération. Mais il a eu des crises d'épilepsie la veille et l'avant-veille de son départ.

Il sort le 3 juin. Nous prescrivons un traitement qui sera continué en ville.

Obs. CXXXVIII. — *Gommes syphilitiques ulcérées de la jambe. Iodure de potassium. Pansement avec le vin aromatique. Guérison.* — Poildet (Jean-Baptiste), trente-neuf ans, ébéniste, entre le 7 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 23.

A l'âge de vingt-six ans, chancre du prépuce avec bubon ulcéré. Il a suivi pendant longtemps un traitement spécifique.

Au mois d'avril dernier, à la partie supéro-interne de la jambe, première tumeur. Quinze jours après, seconde tumeur à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs.

Ces tumeurs étaient très dures, douloureuses, surtout le soir. La nuit, il était réveillé subitement par des élancements très violents. Pas de traitement.

Six semaines après l'apparition de ces tumeurs, la peau s'amincit, devint violacée, les douleurs s'exagérèrent, et enfin une ulcération se produisit au niveau de la première tumeur. Plus tard, la seconde tumeur s'ulcéra à son tour. Depuis les ulcérations se sont étendues.

État actuel. — Les ulcérations, régulières, à bords taillés à pic, ont 3 centimètres de diamètre ; fond grisâtre et sanieux des gommes syphilitiques.

Rien dans les ganglions.

Repos absolu, pansement au vin aromatique.

A l'intérieur, iodure de potassium, 2 gr. 50. Sous l'influence de ce traitement, amélioration notable en quelques jours.

Le vingt-cinquième jour, guérison; et le 8 *juillet :* sortie.

Obs. CXXXIX. — *Gomme de la jambe. Iodure de potassium. Guérison.* — Terrade (Louise), trente-trois ans, entre le 27 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. Aucune maladie dans l'enfance. Réglée à douze ans; quatre enfants; le premier il y a onze ans, le dernier il y a sept ans. Les trois premiers sont morts jeunes (quelques jours à seize mois). Le dernier est mort de bronchite à l'âge de six ans. Pas de fausses couches. Elle nie tout antécédent syphilitique. Cependant, il y a deux mois, les cheveux sont tombés en partie, et il s'est produit une adénite cervicale dont il reste encore des traces : ganglions cervicaux postérieurs indurés, petits, mobiles. Depuis son dernier accouchement, elle a des varices assez accentuées de la jambe gauche. En 1880 elle a eu, au niveau de la crête du tibia de ce côté, une ulcération qu'elle attribue à un traumatisme et qui a persisté pendant trois mois. Pas de cicatrices sur le reste du corps. Il y a quatre semaines, la jambe tout entière, jusqu'au genou, a enflé et est devenue rouge, en même temps qu'il y avait un mouvement fébrile et de la céphalalgie. Huit jours après, la fièvre cessa et la douleur se localisa dans le tiers inférieur de la jambe ; il s'est formé une collection qui a été incisée il y a huit jours et a donné issue à une grande quantité de pus. L'incision très petite s'est refermée trois jours après.

État actuel. — Au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche, collection fluctuante de 5 centimètres de diamètre, bordée d'une auréole rouge, large de deux travers de doigt et qui est le siège de quelques élancements. Deux ganglions inguinaux sont tuméfiés et douloureux.

27 *février.* — Incision. Issue d'une grande quantité de *liquide jaunâtre, un peu filant, ressemblant à celui des gommes* et mélangé de quelques stries de pus. Le liquide évacué, on constate que la cavité est limitée par un rebord saillant et dur. — Pansement phéniqué. Trois grammes d'iodure de potassium.

1er *mars.* — Les douleurs ont disparu. Le fond de la plaie se déterge. L'auréole rouge n'existe plus. — Sortie. Elle continuera son traitement chez elle.

E. — Affections syphilitiques de la mamelle.

Obs. CXL. — *Abcès du sein chez une syphilitique. Ulcération des bords de la plaie. Iodure de potassium. Guérison.* — Brurom (Ameline), vingt-deux ans, plumassière, entre le 25 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 40. Il y a cinq semaines, accouchement, au septième mois, d'un enfant mort-né : a contracté la vérole il y a un an environ.

État actuel. — Inflammation étendue de la glande mammaire, plutôt chronique que franchement phlegmoneuse. Le sein tout entier

forme une masse volumineuse de couleur spéciale rappelant un peu celle du jambon. Sur un point le pus semble faire saillie. Ce point, situé en dehors et sur la même ligne que le mamelon, correspond au lobule glandulaire qui paraît le plus atteint : tous d'ailleurs sont plus ou moins complètement engorgés.

26 *février*. — Ponction : le bistouri est assez profondément enfoncé : drain. — Pansement compressif après lavage antiseptique.

Le lendemain l'ouverture s'est considérablement agrandie, elle est ulcérée, déchiquetée comme un chancre phagédénique et met complètement à découvert le foyer de suppuration. Devant cette tendance à l'ulcération des tissus, nous retirons le drain. Lavages antiseptiques ; forte compression ; deux cueillerées de sirop de Gibert.

Amélioration rapide locale et générale.

7 *mars*. — Guérison : va au Vésinet. Elle continuera son traitement spécifique.

Obs. CXLI. — *Abcès du sein chez une syphilitique. Incision. Ulcération des bords de la plaie.* — Renard, trente ans, entre le 2 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis*. Elle entre avec les signes classiques d'un abcès simple du sein, d'origine puerpérale. — Incision, lavages, drain, compression ouatée.

Trois jours après, le pourtour de l'orifice s'est ulcéré. Les bords déchiquetés mènent par une espèce d'entonnoir au fond de la plaie qui est elle-même sanieuse, fétide, de mauvais aspect.

Nous soupçonnons la syphilis. En effet, chancre il y a trois ans, chute des cheveux, plaques muqueuses ; enfin, il y a un mois, elle est accouchée d'un enfant, au septième mois, qui avait des boutons à la bouche et à l'anus et n'a vécu que quelques heures. Le traitement spécifique paraît avoir été institué d'une façon sérieuse.

— Ablation du drain : pansement simple. Deux cueillerées à bouche de sirop de Gibert.

20 *mars*. — La plaie conserve le même aspect. Nous prescrivons l'iodure de potassium à haute dose.

2 *avril*. — La malade va beaucoup mieux ; son état général s'est amendé. La plaie est bientôt complètement fermée.

12. — Guérison : va au Vésinet le 15.

Obs. CXLII. — *Inflammation chronique du sein chez une syphilitique. Iodure de potassium. Guérison.* — Phulpin, trente ans, couturière, entre le 28 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 43. Syphilitique depuis six ans et toujours assez mal soignée, cette malade a vu apparaître ces temps derniers une inflammation de la glande mammaire droite.

État actuel. — Rougeur, douleur et tuméfaction considérable de la région : pas de suppuration. Pansement ouaté fortement compressif.

10 *mars*. — Peu de modifications. — Iodure de potassium à haute dose.

20. — Grande amélioration. Continuation du même traitement. — Guérison le 8 avril.

F. — Affections syphilitiques du périoste et des os.

Obs. CXLIII. — *Périostite syphilitique du métatarse. Iodure de potassium. Guérison.* — Pou (Amélie), quarante-huit ans, ménagère, entre le 29 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55. Pas d'hérédité. Pas de maladies dans l'enfance. Mariée à quinze ans; deux enfants, l'un mort à quelques jours, l'autre à quatre ans, après une opération sur la mâchoire (éruption dentaire anormale). Petite vérole en 1870. Dit n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis 1858. Ménopause en janvier 1881. Elle n'avoue pas d'accidents syphilitiques primitifs, mais depuis un an il y a plusieurs manifestations qui peuvent être attribuées à la syphilis. En décembre 1879, grosseur au niveau de la partie interne du bras droit, au-dessus du coude, atteignant le volume d'une noix et s'ouvrant au bout de quatre mois. Issue d'un liquide sanguinolent peu abondant; guérison trois mois après; il reste une cicatrice irrégulière, blanche à la périphérie, vasculaire au centre. Depuis plusieurs mois aussi, il s'est montré au niveau de l'épicondyle une tuméfaction limitée, arrondie, qui a le volume d'une noisette et a grossi depuis quelque temps. Pas de douleurs. En mai, grosseur au niveau de l'aile droite du nez ; à ce niveau cicatrice rayonnée et enfoncée. La cloison s'est affaissée et le nez s'est aplati. A été traitée par deux médecins, avec de l'iodure de potassium.

Il y a huit jours, le pied enfle et devient douloureux.

État actuel. — Tuméfaction allongée et dure occupant le bord interne du pied gauche, au niveau du premier métatarsien, élastique, non douloureuse à la pression. Douleurs spontanées le jour et surtout la nuit. Œdème de toute la face dorsale du pied. Pas de ganglions inguinaux. — Iodure de potassium 2 grammes; onguent napolitain.

3 *janvier.* — La douleur a diminué; la tuméfaction est moins considérable. Elle commence à se lever. — Iodure de potassium 3 grammes.

13. — La tumeur a disparu. La malade part pour le Vésinet.

Obs. CXLIV. — *Fistule de la cuisse symptomatique d'une ostéite syphilitique du fémur.* — Regazzi (Joseph), trente-quatre ans, fumiste, entre le 25 avril 1881, salle Saint-Augustin, n° 77. Chancre il y a cinq ans. Accidents secondaires pendant deux ans, soignés d'une façon assez incomplète. Depuis ce temps le malade n'a rien présenté de nettement syphilitique. Il y a trois semaines, nouveaux accidents : après avoir éprouvé une faiblesse assez prononcée dans le membre malade, il vit sa cuisse gauche se tuméfier et devenir rouge

et douloureuse particulièrement la nuit. Puis un abcès se forma à la partie interne et moyenne et s'ouvrit spontanément.

État actuel. — Le trajet fistuleux continue à donner une certaine quantité de pus fétide, ichoreux et souvent mêlé de parcelles osseuses. Le stylet nous fait arriver sur la face interne du fémur qui est friable, rugueuse et bien évidemment atteinte d'ostéite. — Iodure de potassium, 1 gramme, puis 2, 3, 4 et enfin 5 grammes le cinquième jour.

5 *mai.* — Grande amélioration. L'écoulement est presque nul; il n'y a presque plus de parcelles osseuses dans le liquide qui sort de la fistule. Iodure toujours à 5 grammes.

10. — Guérison; la fistule est complètement fermée. — Exéat le 15 avec ordre de prendre de l'iodure de potassium pendant deux mois.

Obs. CXLV. — *Exostoses syphilitiques multiples. Guérison rapide par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.* — Berger (Jeanne), vingt-trois ans, domestique, entre le 18 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 44. Pas d'antécédents syphilitiques avoués. Il y a deux mois à peu près, la malade éprouva de la douleur au-dessus du poignet droit. Bientôt il lui fut impossible de se servir de la main droite et les douleurs augmentèrent au point d'empêcher le sommeil.

État actuel. — La partie inférieure de l'avant-bras droit est tuméfiée; on remarque que la tuméfaction occupe surtout le radius. Le cubitus est indemne. La peau est rose et un peu chaude à ce niveau. Les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont libres et non douloureux. En outre, à l'union du tiers supérieur avec le tiers inférieur du sternum existe une tuméfaction dure, légèrement douloureuse à la pression, du volume d'une grosse noisette, un peu aplatie, régulièrement lisse, sans changement de couleur à la peau.

A la partie supérieure de la face interne du tibia droit, à deux travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire, existe encore une tumeur dure, adhérente aux parties profondes, sans changement de couleur à la peau, ne gênant guère la marche tout en donnant un peu de raideur à l'articulation du genou.

A la face postérieure du mollet droit existent deux ulcérations serpigineuses, une près du creux poplité, plus petite, l'autre à 10 centimètres au-dessous, plus large. Ces deux ulcérations sont recouvertes de croûtes et entourées de cicatrices irrégulièrement découpées.

Deux cuillerées de sirop de Gibert. Emplâtre de Vigo.

25 *octobre.* — Le traitement ainsi institué a peu d'action. On ordonne : iodure de potassium, 4 grammes par jour, frictions avec onguent napolitain pendant dix minutes tous les jours.

Une amélioration rapide se produit sous l'influence de ce traitement si bien que la malade peut sortir guérie le 14 *novembre.*

G. — Affections syphilitiques périarticulaires.

Obs. CXLVI. — *Lésions syphilitiques tertiaires périarticulaires de la région de l'épaule. Guérison.* (Pièce moulée et déposée au musée de Saint-Louis, n° 505.) — Hildenbrand (François), quarante-six ans, cordonnier, entre le 8 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 8.

A vingt et un ans, chancre et adénite suppurée. Dix ans après, abcès au mollet guéri par l'iodure de potassium. Trois ans de bonne santé, puis deux abcès à la partie externe et inférieure de la jambe gauche, guéris aussi par l'iodure de potassium. Trois ans plus tard, nouvel abcès à la cuisse droite; puis, à la suite d'un coup sur le sternum, nombreuses tumeurs abcédées vers la poignée de l'os et à la partie antérieure de la cinquième côte droite, ayant mis quatre mois à guérir. A peine les cicatrices étaient-elles fermées que le malade ressentit des douleurs vers l'épaule gauche. La région augmenta de volume il y a six mois, l'articulation devint immobile et tout travail fut empêché. Bientôt apparurent des abcès multiples à fonds grisâtres accompagnés de douleurs vives : amaigrissement.

État actuel. — L'épaule gauche, amaigrie, déformée, est trouée d'orifices nombreux de la largeur d'une pièce de cinquante centimes environ, à bords rouges, à fond gris jaunâtre. Quelques-uns sont cicatrisés, à cicatrice froncée, enfoncée, adhérente aux parties sous-jacentes indurées. Tous les tissus voisins sont d'ailleurs épaissis. L'aisselle est indemne, le bras collé au thorax et l'articulation absolument immobilisée, de sorte qu'on pourrait croire à une scapulalgie avec trajets fistuleux multiples; mais dans aucun point le stylet ne dépasse le fond des ulcérations. — Bains sulfureux. Iodure de potassium, 3 grammes par jour. Dans les premiers jours de janvier 1881, l'amélioration est sensible. Il ne reste plus que quatre foyers suppurants; la douleur est presque nulle, quelques mouvements sont revenus dans l'article, l'avant-bras n'est plus totalement frappé d'impotence.

2 *février.* — L'épaule a recouvré en grande partie ses mouvements; toutes les ulcérations sont remplacées par des cicatrices rougeâtres. Il reste une sensation intermittente de froid et d'anesthésie peu prononcée dans la sphère du nerf radial, à la main. — Exéat le 3.

CHAPITRE IV

MALADIES DES OS

Ce chapitre est divisé en trois paragraphes comprenant : le premier, les fractures ; le second, les inflammations (ostéites, caries et nécroses); le troisième, les tumeurs.

§ I.

FRACTURES

Le seul paragraphe des fractures traitées dans notre service pendant les années 1881-82 comprend 184 observations. Ce nombre est le plus considérable que nous ayons relevé jusqu'ici. Cette augmentation tient surtout à ce que nous avions pris des dispositions pour faire recueillir avec plus de soin nos observations.

Nous avons suivi pour le classement le même plan que les années précédentes, c'est-à-dire celui des différentes pièces du squelette; mais, pour plus de méthode, nous avons dû faire un groupe spécial des observations de *fractures multiples* chez le même individu.

Fractures multiples	F. du crâne, de la cinquième vertèbre dorsale de l'os coxal, des huit dernières côtes gauches et des trois dernières côtes droites, de l'omoplate, double de l'humérus gauche, double de la cuisse gauche, du tibia gauche et de la cuisse droite, arrachement du bras droit.	1
	F. de la mâchoire inférieure, de plusieurs côtes et de l'humérus droit.	1
	F. du maxillaire inférieur et du radius	1
	F. du bras droit, de l'extrémité inférieure de deux os de l'avant-bras gauche, luxation en arrière du coude gauche. Plaie de tête	1
	F. du coude gauche et du fémur gauche	1
	F. du bassin, de la sixième côte droite et du péroné	1
	F. du pubis et de l'humérus droit	1
	F. du fémur droit, du radius gauche et des deux os de l'avant-bras droit	1
	F. bimalléolaire. — Fracture des os du nez. — Plaie de la face	1
	F. compliquée du radius. Fracture des os du nez	1
	F. du tibia, fracture de côte	1
	F. du péroné, fracture de côte	1
Total des observations de fractures multiples		12

Fractures simples :

Tête	Frontal	1
	Pariétal	1
	Temporal, pariétaux et occipital	1
	Temporal, sphénoïde et ethmoïde	1
	Os du nez	1
	Maxillaire supérieur	1
	Maxillaire inférieur	6
A reporter		12

		Report	12
Cou		Os hyoïde et cartilage thyroïde	1
Tronc		Colonne vertébrale	4
		Clavicule	11
		Côtes	18
Membres	supérieur	Humérus	11
		Radius et cubitus	3
		Radius	7
		Les deux radius	1
		Radius et premier métacarpien	1
		Troisième métacarpien	1
		Cinquième métacarpien	1
		Bassin	2
	inférieur	Fémur	16
		Rotule	7
		Tibia et péroné	41
		Tibia	9
		Péroné	21
		Calcanéum	3
		Premier métatarsien	1
		Phalanges	1
		Total	172
Observations de fractures multiples			12
		Total	184

Le total des observations de fractures que nous avons publiées jusqu'à ce jour s'élève à 483.

D'après notre dernière statistique, les fractures les plus fréquentes sont celles des deux os de la jambe. Viennent ensuite celles du péroné, puis celles des côtes, celles du fémur, celles de l'humérus et de la clavicule, celles du tibia, celles du radius, celles de la rotule, celles du maxillaire inférieur. Cette proportion est sensiblement la même que celle des années précédentes. Les os longs et particulièrement ceux des membres sont le plus fréquemment atteints.

A. — Fractures multiples.

La difficulté de classer les observations de *fractures de plusieurs os chez le même sujet* nous a conduit à établir le groupe des fractures multiples. Il était, d'une part, peu

logique de placer avec les fractures de l'avant-bras, par exemple, l'histoire d'un malade affecté en même temps d'une fracture du fémur, et réciproquement. D'autre part, il n'est pas sans intérêt de rapprocher les désordres produits sur les os par les grands traumatismes, et les observations de ce genre nous semblent mériter réellement une place à part.

Les douze malades dont les observations suivent sont, en effet, entrés dans notre service, à la suite de traumatismes d'une gravité tout exceptionnelle :

Le malade emporté par un volant de machine à vapeur (obs. CXLVII) présentait, outre l'arrachement complet de l'avant-bras droit des fractures de la plupart des os : crâne (F. double), cinquième vertèbre dorsale, os coxal gauche, huit dernières côtes gauches et trois dernières côtes droites, omoplate gauche, humérus gauche (F. double), fémur gauche (F. double), tibia gauche et cuisse droite. En outre le genou droit était largement ouvert; il existait de nombreuses ecchymoses sur les différentes parties du corps et l'autopsie démontra l'existence d'épanchements sanguins dans la cavité crânienne, dans le canal rachidien, dans les plèvres et dans la cavité pelvienne. Malgré ces désordres épouvantables, le malade survécut trente heures à l'accident, sans avoir, toutefois, repris connaissance.

Une malade renversée par un omnibus (obs. CXLVIII) eut des fractures de plusieurs côtes, au point tamponné, de l'humérus droit et de la mâchoire inférieure. Le choc produit par le tamponnement avait déterminé, outre la fracture des troisième, quatrième et huitième côtes gauches au voisinage du sternum, un épanchement sanguin de la mamelle et de l'emphysème sous-cutané. Cet emphysème était dû à la déchirure des plèvres et du poumon, car il n'existait pas de plaie cutanée. La malade eut des crachements de sang ; mais comme la muqueuse buccale était largement déchirée et saignante, on ne pouvait pas accorder à ce signe une grande valeur au point de vue de la déchirure du poumon. La mâchoire inférieure était le siège d'une fracture esquilleuse et compliquée de plaie sur la ligne médiane; une seconde

fracture verticale séparait le corps de l'os de la branche montante gauche; enfin la branche montante droite était fracturée au-dessous du masséter. D'autre part il existait une fracture de la tête de l'humérus droit. Malgré la multiplicité et la gravité de ces désordres, l'état de la malade était aussi satisfaisant que possible huit jours après l'accident, époque à laquelle elle demanda à retourner chez elle.

Les malades renversés par un véhicule, puis écrasés, ont eu :

L'un une fracture compliquée du coude gauche et une fracture simple de la partie moyenne du fémur du même côté;

L'autre une fracture de l'humérus droit et une fracture du pubis;

Le troisième une fracture du tibia droit compliquée de plaie, et une fracture de côte.

Chez le premier de ces malades (obs. CLI) on immobilisa le coude et la cuisse d'abord dans des gouttières, puis dans des appareils plâtrés. La plaie du coude fut en outre pansée avec les antiseptiques; grâce à ces précautions la guérison complète fut obtenue en deux mois et demi. L'articulation du coude avait repris presque toute l'étendue de ses mouvements et la fracture de cuisse était consolidée avec un très léger raccourcissement.

Le second malade (obs. CLIII), beaucoup plus gravement atteint, succomba une heure après l'accident, dans un coma profond. Outre la fracture de l'humérus et du pubis, il présentait des épanchements sanguins des deux cuisses et du scrotum. Nous retrouverons ces ecchymoses scrotales chez un autre malade atteint de fracture (voir obs. CLII). Chose curieuse, l'autopsie ne démontra l'existence d'aucune lésion viscérale récente capable d'expliquer la mort. Mais en revanche il existait dans les principaux viscères des altérations chroniques graves et imputables à de l'alcoolisme : adhérences de la dure-mère, exsudats blanchâtres de la faux du cerveau; adhérences pleurales; surcharge graisseuse du cœur; dégénérescence graisseuse du foie; lésions caractéristiques de la néphrite interstitielle.

Le troisième malade (obs. CLVII) avait le tibia fracturé à l'union des tiers moyen et inférieur. L'écrasement produit par la roue avait en outre déterminé la formation d'une eschare à ce niveau, mais sans que le foyer de la fracture communiquât avec l'extérieur. L'immobilisation dans une gouttière et le pansement de Lister assurèrent la guérison de ce côté. La fracture de la sixième côte droite se compliqua d'une poussée de pleurésie avec épanchement. Cet accident n'eut pas de suite, et le malade guérit complètement en l'espace de deux mois.

Les six malades qui firent des chutes d'un lieu élevé guérirent, à l'exception d'un seul, qui mourut de diphtérie.

Des deux malades qui tombèrent du premier étage, l'un se fractura la mâchoire inférieure à l'union du corps avec la branche montante, les os propres du nez et l'extrémité inférieure du radius. Il ne perdit pas connaissance. Les fractures étaient simples et guérirent sans complication. L'autre se fractura la septième côte droite et l'extrémité inférieure du péroné droit. Un bandage de corps et un appareil silicaté procurèrent une guérison rapide.

Le malade qui tomba du deuxième étage eut une fracture compliquée de la partie moyenne du fémur droit, une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche et une fracture de la partie inférieure des deux os de l'avant-bras droit. Il ne perdit pas connaissance. La lésion la plus grave était la fracture du fémur compliquée de plaie. On fit d'abord un pansement par occlusion ; on appliqua le pansement de Lister et l'on immobilisa le membre dans une gouttière ; mais au bout d'une semaine, le pus se faisant jour au-dessous du pansement occlusif, on dut enlever celui-ci et appliquer simplement le pansement antiseptique. Malgré cette complication, la guérison complète fut obtenue en moins de trois mois.

Des deux malades qui tombèrent du troisième étage, l'une, atteinte du délire de la persécution, se fit une fracture bimalléolaire, une fracture du nez et une plaie de la face. Elle perdit momentanément connaissance. La plaie de la face fut

réunie par des points de suture; la fracture bimalléolaire fut immobilisée dans un appareil plâtré que la malade enleva dans un moment de délire et qu'il fallut réappliquer. Au bout de quatre jours son état mental nécessita son passage à l'asile Sainte-Anne. La plaie et les fractures étaient en aussi bonne voie que possible.

L'autre, un garçon de vingt et un ans, se fit une fracture des os propres du nez avec plaie contuse de la face et une fracture compliquée du radius. Il ne perdit pas connaissance et ne présenta ultérieurement aucune complication. La plaie et les fractures guérirent complètement en un mois.

Le malade qui tomba du quatrième étage (obs. CL) était un jeune homme de seize ans. Il resta vingt minutes dans le coma et reprit ensuite toutes ses facultés. Il avait une fracture du bras droit, une luxation du coude gauche en arrière, une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras gauche et une plaie de la tête. Les fractures et la luxation réduites et immobilisées allaient parfaitement, la plaie de tête était cicatrisée, lorsque, quinze jours après l'accident, il fut pris d'une angine diphtéritique que l'on traita énergiquement. Au bout de treize jours l'angine ne paraissait plus inquiétante, le malade entrait en convalescence lorsqu'il mourut subitement. L'autopsie ne put donner l'explication de cette mort subite, mais elle fut extrêmement intéressante au point de vue de l'*action d'une maladie générale sur la marche des fractures*. En effet, bien que l'accident remontât à un mois, le cal de la fracture de l'humérus n'était représenté que par des tractus fibro-celluleux sans consistance, et l'ostéite traumatique paraissait éteinte. Il y avait là, en un mot, un arrêt complet du travail de consolidation dû à l'évolution de la diphtérie.

Le malade qui fut pris dans un éboulement (obs. CLII) reçut le choc sur les reins. Il ne perdit pas connaissance. Il avait une fracture du bassin (pubis), une fracture de la sixième côte droite et une fracture du péroné. En outre les reins avaient été fortement contusionnés. Il eut consécutivement de l'hématurie pendant vingt-quatre heures, puis tout

rentra dans l'ordre de ce côté. Un point intéressant de cette observation au point de vue des symptômes de la fracture du bassin est l'apparition d'ecchymoses du scrotum un jour après l'accident, et au niveau du cordon droit et du périnée cinq jours plus tard. Ces diverses infiltrations sanguines restèrent complètement isolées les unes des autres pendant toute la durée de leur évolution. L'immobilisation complète et l'application d'un appareil plâtré sur la fracture du péroné amenèrent la guérison, sans complication d'aucune sorte, au bout de six semaines.

Obs. CXLVII. — *Arrachement du bras droit. Fractures du crâne, de la cinquième vertèbre dorsale, de l'os coxal gauche, des huit dernières côtes gauches et des trois dernières côtes droites, de l'omoplate gauche, double de l'humérus gauche, double de la cuisse gauche, du tibia gauche et de la cuisse droite ; deux épanchements sanguins dans les plèvres et dans le canal rachidien. Survie de trente heures.* — Burnage (François), trente et un ans, ouvrier dans une scierie mécanique, entre le 20 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 6. A eu le bras pris par la roue d'une forte machine à vapeur. Emporté par cette roue, il fait trois fois le tour de la fosse dans laquelle elle tourne et n'a quitté le moteur que par l'arrachement de son bras droit. On l'apporte immédiatement à l'hôpital, où nous constatons les lésions suivantes : fractures multiples des deux membres inférieurs. Un des genoux, le droit, est ouvert en bas et en dehors. On voit à travers la plaie les ligaments croisés. — Fracture évidente de l'os coxal gauche à sa partie moyenne. Il y a de la crépitation et des mouvements anormaux; l'os peut être renversé en dehors. — Ecchymoses nombreuses sur tout le corps. — Plusieurs fractures des côtes dont nous ne cherchons pas à préciser le nombre. — Fracture de la cinquième vertèbre dorsale. — Deux fractures de l'humérus gauche au niveau de sa partie moyenne. — Arrachement du bras droit au niveau du coude. La peau s'est détachée en dedans au-dessus de l'articulation, en dehors au contraire, bien au-dessous. Les muscles supinateurs sont arrachés. Au contraire la plupart des muscles épitrochléens restent adhérents à l'humérus et ont été rompus à leur partie moyenne. — Enfin des écoulements séro-sanguinolents par le nez et les deux oreilles permettent d'affirmer une fracture du crâne. — Coma. Température rectale 36°,2. — Pansement simple du bras. Gouttière de Bonnet. Piqûres d'éther. Lavements alimentaires. Potions de Todd.

Le soir on doit pratiquer le cathétérisme. L'urine est normale.

21 *juin*. — Même état. T. = 35°,6. Lavements alimentaires. Alcool. Le malade meurt à 4 heures du soir.

Autopsie. — Ecchymoses considérables sur tout le corps. — *Crâne*. Deux fractures. Une occupant l'étage supérieur, de la bosse pariétale droite à la selle turcique. L'autre comprenant la partie postérieure des deux rochers. — *Tronc*. Une fracture avec quatre fragments de la cinquième vertèbre dorsale. Fracture de l'os coxal gauche dont toute l'aile supérieure est détachée. Fracture des huit dernières côtes gauches et des trois dernières droites. L'omoplate gauche est séparée en trois fragments. — *Membres supérieurs*. Deux fractures de l'humérus gauche à sa partie moyenne. Arrachement du bras droit. — *Membres inférieurs*. Côté gauche : deux fractures de cuisse. Une fracture du tibia. Côté droit : une fracture moyenne de cuisse. Epanchement de sang sous le cuir chevelu. Epanchement de sang dans le crâne (base). — Il y a 1 litre de sang dans la plèvre gauche, 150 grammes dans la plèvre droite. Epanchement de sang dans la fosse iliaque et sous le muscle iliaque. — Rien dans la vessie. — Rien dans le péricarde. — Epanchement de sang dans le rachis.

Obs. CXLVIII. — *Fractures de la mâchoire inférieure, de plusieurs côtes et de l'humérus droit*. — Aromayr (Françoise), soixante-sept ans, couturière, entre le 17 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. Bonne santé habituelle. A eu onze enfants. Le 17 mars, est renversée par un omnibus et perd connaissance pendant vingt minutes. Elle saigne du nez et de la bouche. On l'amène à l'hôpital.

État actuel. — Forte contusion de la poitrine, à gauche. De ce côté le sein est le siège d'un épanchement sanguin ; douleur vive à la pression en dehors du sein, au niveau de la huitième côte. Autre point douloureux à gauche du sternum, au niveau des troisième et quatrième côtes : en ce point, de l'emphysème sous-cutané. En présence de la stomatorrhagie, il est difficile de savoir si la malade a craché du sang venant des poumons.

La mâchoire inférieure est fracturée en plusieurs points. Sur la ligne médiane, on peut voir plusieurs fragments osseux mobiles. La muqueuse est largement déchirée, stomatorrhagie. Fracture verticale à l'union du corps et de la branche ascendante gauche; autre fracture à droite, dans l'épaisseur du masséter. La crépitation est manifeste quand on imprime des mouvements de haut en bas aux divers fragments; le déplacement est à peu près nul.

Epaule droite douloureuse, mais peu déformée. Douleur en pressant en avant, au-dessous de l'apophyse coracoïde; mouvements spontanés du bras impossibles; dans les mouvements provoqués, et surtout dans ceux de circumduction, on perçoit très nettement au niveau du moignon de l'épaule une crépitation osseuse. La tête de

l'humérus fracturée est un peu plus saillante en avant; le coude se rapproche facilement du tronc. — Contusions légères des jambes. — Intelligence intacte. — Écharpe pour le bras.

18 *mars.* — Fièvre; P. = 100. La malade souffre peu de la mâchoire et du bras qui est immobilisé dans une écharpe carrée, mais elle se plaint de la poitrine.

19. — Apparition d'une ecchymose qui occupe la conjonctive bulbaire de l'œil droit et seulement la partie interne de la conjonctive palpébrale. L'emphysème sous-cutané ne s'est pas étendu; il y a un peu de congestion à la base des poumons, surtout à droite.

23. — Pas de douleurs de la mâchoire. Une ecchymose occupe toute la région antéro-externe du bras droit et un vaste épanchement sanguin, qui déforme toute la région, s'étend de l'épaule à la partie supérieure de l'avant-bras.

25. — La malade demande à quitter l'hôpital pour se soigner chez elle.

Obs. CXLIX. — *Fracture des os propres du nez, du maxillaire inférieur et du radius. Guérison.* — Gailhery (Françoise), soixante-neuf ans, journalière, entre le 23 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. — Alcoolisme. — Le 23 janvier, chute dans un escalier de la hauteur d'un étage. Le bras gauche et la face reçoivent le choc. Epistaxis. Pas de perte de connaissance.

État actuel. — Fracture du radius : L'apophyse styloïde est remontée et se trouve sur un plan un peu supérieur à celui du cubitus. Il n'y a pas de déformation (un médecin a fait la réduction immédiatement après l'accident); mais la douleur à la pression, qui est nulle au niveau de l'articulation radio-carpienne, est au contraire très vive à la base des apophyses styloïdes; pas de crépitation.

Fracture de la mâchoire inférieure : Ecchymose verticale et large de deux travers de doigt, allant de l'angle externe de la bouche à la partie inférieure de la face; vaste épanchement sanguin occupant toute la région sous-maxillaire droite. Les dents n'existent plus qu'à gauche; il n'y a en aucun point de différence de niveau; les mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire s'exécutent avec facilité. Mais il y a de la douleur à la pression dans la région massétérine droite, et lorsqu'on place le doigt en ce point, tandis qu'avec l'autre main on fait exécuter des mouvements verticaux au maxillaire, on perçoit nettement une crépitation osseuse. La fracture siège à l'union du corps avec la branche du maxillaire, sans déplacement et sans déchirure de la muqueuse gingivale.

Raie à la racine du nez, qui est déformé, aplati; *fracture des os propres :* mobilité anormale sans crépitation. L'air passe librement par les deux fosses nasales. Il y a de plus une ecchymose circumorbitaire droite et une très petite plaie à la racine des cheveux. L'œil

n'est pas atteint et la vision est normale. — Le soir, P. = 108, un peu d'abattement.

25 *janvier.* — L'état général est bon. La petite plaie de la racine du nez suppure.

3 *février.* — Part pour l'asile du Vésinet. On ne perçoit plus la crépitation au niveau de la fracture du maxillaire inférieur. Les mouvements de la mastication ne sont pas gênés; il y a toujours un peu de suppuration au niveau de la racine du nez.

Obs. CL. — *Fracture du bras droit. Luxation en arrière du coude gauche. Fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras gauche. Plaie de la tête. Mort par diphthérie. Autopsie.* — Albert Goffinet, seize ans, galochier, entre le 11 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Bonne santé ordinaire, jamais de maladie. En voulant descendre plus rapidement l'escalier de la maison pour aller à son ouvrage, il se mit à cheval sur la rampe, se laissa glisser, perdit l'équilibre, et tomba sur le sol de la hauteur d'un quatrième. Il est resté vingt minutes dans le coma. Pas d'épistaxis, pas d'hémoptysie.

État actuel. — L'humérus droit est fracturé à deux travers de doigt au-dessous du col chirurgical. Le trait de la fracture est remarquable par sa direction oblique en bas et en arrière. Le fragment inférieur est fortement attiré en dedans par les muscles de la gouttière bicipitale; le fragment supérieur au contraire est attiré en dehors par les muscles sous-épineux et petit rond, soulève le deltoïde. Crépitation, déformation du membre. — Réduction. Appareil plâtré.

Du côté du membre supérieur gauche, nous constatons une luxation du coude en arrière, que nous réduisons séance tenante en pressant de haut en bas avec le pouce l'olécrâne luxé. — Autre fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, au même niveau, à 12 millimètres environ au-dessus de la surface articulaire. — Appareil plâtré consistant en une attelle partant de la partie externe de l'avant-bras supérieurement et venant inférieurement faire office d'attelle palmaire. — Enfin une plaie de tête insignifiante est pansée avec des compresses phéniquées.

20 *janvier*. — La plaie de tête est cicatrisée depuis plusieurs jours. Pas de fièvre. Sommeil excellent. Bon appétit.

25. — Névralgie des oreilles : a déjà souffert de ces sortes de névralgies. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

26. — Il se plaint de la gorge : dépôt blanchâtre sur la luette et l'amygdale droite avec de la rougeur de l'arrière-gorge. — Vomitif.

28. — Progrès de l'angine qui est réellement couenneuse : albumine dans les urines. Passage à l'isolement. — Badigeonnage de l'arrière-gorge avec le citron, gargarisme au chlorate de potasse. Lait. Bouillon. Potages. Toniques.

Après quelques jours il allait beaucoup mieux, lorsque le 8 février il succomba subitement dans l'après-midi.

Autopsie. — Le *larynx* et la *trachée* sont absolument vides de fausses membranes. Pas la moindre altération appréciable dans ces deux organes. — *Poumons* sains. — *Cœur* sain. Le cœur gauche est rempli par un gros caillot fibrineux qui s'engage dans l'aorte, et le cœur droit est plein de caillots noirâtres (caillots cruoriques). — *Foie* normal. — *Rate* diffluente. — *Reins* un peu congestionnés. — *Cerveau* sain.

Fracture de l'humérus. Nous opérons une section de l'os au-dessus et au-dessous du foyer de la fracture, et nous constatons que le cal n'est représenté que par des tractus fibro-celluleux sans grande consistance. La section verticale de l'os nous montre le canal médullaire qui était le siège d'une prolifération cellulaire notable; le travail d'ostéite paraissait terminé.

Obs. CLI. — *Fracture compliquée du coude gauche. Fracture simple de la partie moyenne du fémur gauche. Guérison.* — Brichler (Pierre), vingt ans, journalier, entre le 12 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 8. Ce malade, étant à l'état d'ivresse, tombe sur la voie publique, le 12 mars, renversé par un omnibus dont les roues lui passent sur la cuisse et sur le bras gauche. Il est transporté immédiatement à l'hôpital.

État actuel. — Décubitus dorsal, cuisse gauche dans l'abduction, manifestement plus courte que celle du côté opposé, jambe non fléchie, pied dans la rotation en dedans, et reposant sur le lit par son bord externe. Crépitation et mobilité manifestes vers la partie moyenne de la cuisse.

Au coude gauche : mobilité latérale considérable, écartement très notable de l'épicondyle et de l'épitrochlée. Il est certain, en raison de la mobilité et de la crépitation extrême que provoquent les mouvements, qu'il y a là une fracture de plusieurs os. En outre, à 4 centimètres au-dessus de l'articulation, et sur la face externe du bras, existe une plaie par laquelle s'écoule beaucoup de sang, au point qu'on est obligé de mettre de l'amadou et de faire de la compression ; cette plaie communique avec le foyer de la fracture.

Nous plaçons la cuisse et le membre supérieur gauches dans des gouttières.

Pendant cinq nuits, le malade éprouve de violents soubresauts de la cuisse et du coude malades.

16 *mars.* — Appareil plâtré pour le membre supérieur avec fenêtre pour la plaie. Pansement de Lister.

17. — Nous plaçons le membre inférieur dans un appareil plâtré. Réduction assez facile.

25. — La plaie est presque cicatrisée. — Pansement au diachylon.

21 *avril.* — Nous enlevons l'appareil plâtré du coude. La consolidation est parfaite. Le malade peut faire des mouvements assez étendus.

19 *mai.* — Nous enlevons l'appareil plâtré de la cuisse. La consolidation s'est effectuée. Il reste seulement un très léger raccourcissement.

27. — Le malade va à Vincennes, marchant assez bien avec un bâton.

Obs. CLII. — *Fracture du bassin, de la sixième côte droite, du péroné. Ecchymose scrotale. Hématurie. Guérison.* — Firtion (Charles), cinquante et un ans, terrassier, entre le 14 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 13. La veille il a reçu un éboulement de terre sur le dos, les jambes étant réunies et les bras pliés. Le choc a surtout porté sur les reins. Aussitôt dégagé, il lui est impossible de marcher. Pas de crachements de sang; respiration gênée. Miction volontaire trois heures après l'accident. Hématurie.

Etat actuel. — Décubitus dorsal. Il est fort difficile de le retourner dans son lit.

Au *thorax*, fracture de la sixième côte droite, à la partie moyenne; mobilité anormale, douleur vive localisée, crépitation. Ventouses scarifiées et bandes de diachylon.

Pas de douleurs spontanées dans l'*abdomen*. Quand on presse sur les muscles droits, près du pubis, on détermine de la douleur de la symphyse. Douleur vive dans les reins, contusions fortes et ecchymoses des régions lombaire et fessière droite. En pressant sur les épines iliaques, comme si on cherchait à les rapprocher, on les sent légèrement aller l'une vers l'autre ; on sent ainsi nettement de la crépitation et de la mobilité anormale au niveau de l'épine du pubis droit. La pression en ce point est très douloureuse. Pendant cette exploration, surtout si on cherche à écarter les deux os iliaques, on détermine une douleur vive dans l'urèthre et le malade la localise à l'extrémité de la verge qu'il saisit et tiraille. On ne trouve rien de pareil au point symétrique du côté opposé. A la partie postérieure du bassin, rien ne fait soupçonner une fracture.

Les deux membres inférieurs font par leur position songer immédiatement à une double fracture des cols des fémurs. Ils sont dans la rotation complète en dehors et les pieds reposent sur le plan du lit par leurs bords externes. On les ramène sans trop de douleur dans la rectitude. L'exploration du côté de l'extrémité supérieure des fémurs est peu douloureuse à gauche; elle l'est beaucoup plus à droite et à un moment même, le malade immobilisant convulsivement son articulation coxo-fémorale, nous sentons par le grand trochanter une grosse crépitation très profonde venant évidemment du bassin. Dans d'autres explorations consécutives nous n'avons pas

retrouvé cette sensation. Les recherches les plus minutieuses, mensuration, etc., n'annoncent aucune lésion des têtes et des cols fémoraux. La pression en haut de tout le membre n'amène pour ainsi dire pas de douleur.

Il existe une fracture du péroné droit à trois travers de doigt de la malléole. Le malade ne croit pas que son pied ait tourné, il n'aurait été que fortement fléchi. Rien ailleurs.

Le soir de l'entrée, le malade urine seul; on nous dit que l'urine était très rouge, mais elle n'a pas été conservée, pas de douleur pendant la miction. — Gouttière à la jambe. — Pas de sommeil malgré une pilule d'opium de 0,05.

15 *août.* — Ecchymose à la partie inférieure et médiane du scrotum de la grandeur à peine d'une pièce de cinq francs, isolée. Urine un peu rougeâtre sans globules de sang. Pas de fièvre.

16. — L'ecchymose est très marquée, noire à bords rougeâtres, légèrement plus grande. Pas la moindre douleur à ce niveau, ni aux testicules, ce qui exclut l'idée d'une hématocèle scrotale traumatique. Un lavement à la glycérine amène une selle facile et abondante. Sommeil; peu d'appétit, pas de fièvre.

17. — Appareil plâtré (attelles) pour la fracture du péroné droit.

Une ecchymose commence à pointer sur la partie antérieure et externe de la bourse droite. Un peu d'appétit, peu de douleurs spontanées, urine claire. Pas de fièvre.

20. — Une ecchymose apparaît sur le trajet du cordon droit et descend sur la bourse correspondante, mais sans rejoindre l'ecchymose médiane inférieure qui reste toujours isolée; par le périnée chemine encore une infiltration sanguine qui n'atteint pas non plus l'ecchymose scrotale déclive.

5 *septembre.* — L'ecchymose scrotale déclive a disparu, restant toujours isolée. L'état général est aussi bon que possible. La douleur au niveau de la fracture pubienne a diminué. Décubitus dorsal.

16. — On enlève l'appareil plâtré, la consolidation du péroné semble complète. Les mouvements du genou ne sont que peu gênés. Ceux de la hanche sont très libres. La douleur à la pression est nulle au niveau de la fracture. Il n'y a plus que des traces d'ecchymoses à la partie supérieure et postérieure de la fesse. Le malade est maintenu au lit. État général aussi satisfaisant que possible.

1er *otobre.* — Part pour Vincennes en convalescence. Il reste levé une grande partie de la journée et marche avec des béquilles. On sent manifestement un cal assez peu saillant au niveau de la fracture du pubis. La sensation est surtout nette quand on compare les deux pubis. Très bon état général.

Obs. CLIII. — *Fracture de l'humérus droit et du pubis du même côte. Épanchements sanguins. Pas de lésions viscérales. Lésions anciennes*

d'alcoolisme et néphrite interstitielle. Mort une heure après l'accident. Autopsie. — Gronet (Désiré), vingt-cinq ans, charretier, entre le 8 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Une lourde voiture de roulage lui a passé sur le corps; une des roues a meurtri la partie supérieure des deux cuisses et la région inférieure de l'abdomen, tandis que l'autre roue broyait le bras droit et contusionnait le poignet gauche.

Etat actuel. — Vaste épanchement sanguin des deux cuisses; fracture de l'humérus droit; coma profond. On lui fait plusieurs injections sous-cutanées d'éther; mais le coma persiste et il meurt au bout d'une heure.

Autopsie. — Pas de fracture du crâne; pas d'épanchement dans les méninges, pas de signe de contusion cérébrale; le piqueté sanguin de la substance blanche est un peu exagéré. A la convexité, la dure-mère est adhérente; les granulations de Pacchioni sont volumineuses et, sous les méninges, on voit un exsudat blanchâtre limité au voisinage de la faux du cerveau, comme on le voit souvent chez les alcooliques.

Les *poumons* sont crépitants et la plèvre gauche présente de nombreuses adhérences dues à une ancienne pleurésie.

Le *cœur* est volumineux et chargé de graisse sur sa face antérieure. Dégénérescence graisseuse avancée du *foie.* — L'*estomac* est dilaté; sa muqueuse est pâle; météorisme; pas de signes de péritonite.

Les *reins* sont volumineux, à surface pâle avec des arborisations vasculaires. Cette augmentation de volume contraste avec l'effacement presque complet de la substance corticale, et est due au développement de nombreux kystes dont le volume varie entre celui d'une lentille et d'une petite noix. Ces kystes contiennent un liquide offrant les caractères de l'urine. Néphrite interstitielle avancée.

Rate normale. — *Vessie* distendue; sa muqueuse est pâle avec quelques arborisations vasculaires. — Rien du côté des *testicules.*

L'*humérus* est fracturé à 2 centimètres au-dessus de la partie moyenne; le fragment inférieur taillé obliquement aux dépens de la face externe est porté en dedans. L'infiltration sanguine remonte jusqu'au voisinage de l'articulation scapulo-humérale.

Du côté des *cuisses*, mais surtout de la droite, existe un épanchement sanguin considérable, en partie sous-cutané, en partie intramusculaire et occupant l'aire du triangle de Scarpa pour s'enfoncer sous le droit antérieur.

Le *scrotum* est infiltré de sang et l'infiltration remonte le long du cordon jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal. Il existe en outre une fracture du *pubis* à droite. Le fragment, qui ne tient plus que par les attaches musculaires d'une part et son adhérence à la symphyse de l'autre, comprend le corps du pubis et les parties avoisi-

nantes de la branche horizontale et de la branche descendante.

La première est fracturée au-dessus du trou obturateur, et le trait de section est oblique en arrière et à droite; la branche descendante est fracturée tout près du corps de l'os.

Obs. CLIV. — *Fracture compliquée de la partie moyenne du fémur droit. Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche et de la partie inférieure des deux os de l'avant-bras droit.* — Mutel (Louis), vingt-cinq ans, briquetier, entre le 27 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 75. Chute d'un deuxième étage.

Etat actuel. — Poignets tuméfiés, et considérablement déformés; à gauche, deux saillies : l'une immédiatement au-dessus de l'articulation, sur la face postérieure de l'avant-bras, déterminée par le fragment inférieur; l'autre un peu plus haut, sur la face antérieure du membre, déterminée par le fragment supérieur. En outre, la main est fortement portée sur le côté externe. Les deux apophyses styloïdes sont au même niveau. Mouvements extrêmement douloureux. Poignet droit plus déformé encore. A trois travers de doigt au-dessus de l'articulation, on constate de la mobilité anormale et de la crépitation. Les deux os sont fracturés transversalement au même niveau.

A la cuisse droite existe une déformation considérable due à la fracture du fémur. Les deux fragments font un angle ouvert en dedans, jambe dans la demi-flexion, pied tourné en dedans. Mobilité anormale. Crépitation.

Un peu au-dessus du siège de la fracture existe une plaie transversale de 3 centimètres de long, paraissant profonde, et très rapprochée du fragment inférieur qui chevauche notablement sur le supérieur. — Occlusion de la plaie par de la gaze collodionnée; pansement de Lister. Le membre est placé dans une gouttière.

29 *février*. — Appareil plâtré aux avant-bras.

3 *mars*. — Appareil plâtré à la cuisse.

7. — Le pansement par occlusion est soulevé par le pus. On l'enlève. Pansement de Lister.

8 *avril*. — On enlève les appareils plâtrés des avant-bras. Consolidation complète, pas de déformation.

9 *mai*. — On enlève l'appareil plâtré de la cuisse. Raccourcissement insignifiant. Le 11, le malade se lève et le 20 il va à Vincennes.

Obs. CLV. — *Fracture bimalléolaire, fracture du nez et plaie de la face consécutives à une chûte du troisième étage.* — Cholet (Augustine), ménagère, entre le 20 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. Cette femme alcoolique, et qui a la manie des persécutions, se jette, le 20 février, par une fenêtre du troisième étage et tombe sur le pavé. Elle perd connaissance.

État à son entrée (une heure après). — Une plaie transversale occupe la base du nez et s'étend de la tête au sourcil gauche à l'angle interne de l'œil droit. Les bords sont contus en certains points, et il existe au-dessus du sourcil un épanchement sanguin. Il n'y a pas de dénudation osseuse. — Les parties coupées le plus nettement sont réunies par des points de suture. — Une autre plaie, perpendiculaire à la première, part de la racine du nez et descend jusqu'au lobule, divisant la peau et les cartilages, de sorte que les deux parties latérales du nez peuvent se rabattre en dehors, la cloison restant au milieu. De plus, les os propres sont fracturés, écrasés, et le nez est fortement aplati à sa racine. — On rapproche les lambeaux par des points de suture.

La malade se plaint beaucoup de ses reins. Il existe en effet une douleur vive à la pression, d'une part à la base du sacrum, entre celui-ci et la dernière lombaire ; vers ce point, il y a un peu de sang épanché ; d'autre part en dehors de la crête sacrée, au niveau de l'angle du sacrum ou de l'articulation sacro-iliaque. La pression sur les épines iliaques n'est pas douloureuse, et le pubis paraît intact. Il y a de la parésie des deux membres inférieurs : la malade peut mouvoir les jambes, mais ne peut détacher le talon du lit. La sensibilité est intacte et même exagérée à l'extrémité des membres inférieurs.

Au niveau de la malléole externe droite : douleur à la pression, gonflement, extravasation sanguine : il paraît y avoir surtout de la contusion de l'articulation tibio-tarsienne. Douleur analogue, mais moins vive à gauche. Le pouls est à 84. La malade répond très bien aux questions, parle raisonnablement, sauf par moments, quand elle raconte les tourments qu'on lui cause.

Quelques heures après l'accident, la malade rend spontanément un peu d'urine qui n'est pas sanguinolente.

21 *février*. — La malade a rendu un peu d'urine qui renferme une assez grande quantité d'albumine. La fracture de la malléole externe droite est plus évidente qu'hier : il y a aussi arrachement de l'extrémité de la malléole interne.

22. — Appareil plâtré de la jambe droite.

23. — La malade a enlevé son appareil pendant la nuit. On le réapplique en le maintenant avec des bandes en diachylon.

25. — Passage à l'asile de Sainte-Anne. Les sutures de la face sont bien prises et la plaie est en grande partie cicatrisée.

Obs. CLVI. — *Fracture des os propres du nez. Plaie contuse de la face. Ecchymose en lunettes. Fracture compliquée du radius.* — Vovard (Émile), vingt et un ans, maçon, entré le 10 août 1881, n° 28, salle Sainte-Marthe. Il est tombé d'un troisième étage sur une solive et de là à terre. A la première étape il est arrivé la tête

en avant et tout le poids du corps a porté sur l'os malaire du côté droit. A terre c'est le poignet droit qui a porté. Pas de perte de connaissance; a pu marcher.

Etat actuel. — Plaie contuse, peu profonde, longue de 4 centimètres, longitudinale, de la région malaire droite. Bords ecchymosés. Paupières fermées. Ecchymoses dessinant de chaque côté le pourtour des orbites comme le montre la figure 6. Infiltration sanguine dans le tissu cellulaire des orbites. Conjonctives bulbaires ecchymosées surtout à droite, côté de la plaie. Mobilité latérale sans crépitation des os propres du nez. Pas d'ecchymoses palatine, ni pharyngienne. Pas de troubles de la vision, pas de symptômes encéphaliques.



Fig. 6. — Ecchymose en lunette : fracture de la base de la face (d'après la pièce 532 de notre collection du musée Saint-Louis).

A la face antérieure de l'avant-bras droit, plaie contuse superficielle à deux travers de doigt au-dessus du talon de la main. Fracture du radius à ce niveau. — Appareil plâtré dorsal. Pansement phéniqué.

26 *août*. — Les ecchymoses ont disparu. Le malade se lève et ne souffre pas. Sa fracture et sa plaie de l'avant-bras vont aussi bien que possible et n'ont donné lieu à aucun accident.

10 *septembre*. — Plaie de l'avant-bras fermée; on laisse néanmoins l'attelle plâtrée. Les os du nez sont consolidés. Sortie.

Obs. CLVII. — *Fracture du tibia droit compliquée de plaie, épan-*

chement pleural. Guérison. — Lescuyot (Charles), quarante-neuf ans, marchand des quatre-saisons, entre le 17 février 1883, salle Saint-Augustin, n° 72. Bonne constitution. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Le 17 février, renversé par un fiacre qui venait derrière lui et qui lui passe rapidement sur la jambe. Douleur vive, impossibilité de se relever. Est transporté immédiatement à l'hôpital.

État actuel. — Mobilité anormale à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de la jambe droite. Crépitation. Pas de déformation. Épanchement sanguin, assez notable, entre les fragments. Excoriation de plusieurs points des téguments de la jambe. Petite plaie à la partie interne. — Collodion et ouate à ce niveau. Gouttière.

En outre : douleur au niveau de la sixième côte droite. Crépitation en ce point. Toux. Crachats muqueux.

19 *février.* — Vomissements, toux. — Ipéca stibié.

20. — Amélioration. Le malade nous apprend qu'il n'avait pas uriné depuis sa fracture et que les efforts de vomissement l'ont fait uriner. Amélioration considérable de l'état général.

24. — Au moment de mettre un appareil plâtré, on constate l'existence d'une eschare à la partie inférieure et interne de la jambe, au point où la roue a passé.

26. — Deux petits orifices se produisent à la partie supérieure de l'eschare, on en fait sortir une grande quantité de caillots. — Pansement de Lister.

3. — Douleur, du côté droit du thorax, un peu de dyspnée. On constate l'existence d'un épanchement pleural à droite.

15. — Plus rien dans la plèvre, à mesure que l'eschare se détache et se ratatine, la cicatrisation s'effectue au pourtour. Le 22, guérison. — Exéat.

Obs. CLVIII. — *Fracture du péroné. Fracture de la septième côte droite. Contusions multiples. Guérison.* — Alexandre Jeannot, trente-cinq ans, entre le 11 mai, salle Saint-Augustin, n° 71. Est tombé de la hauteur d'un étage. Il est assez difficile de reconnaître de quelle façon il a touché le sol.

A son entrée. — Fracture de la septième côte droite. Crépitation perceptible à la palpation et à l'auscultation : pas de déplacement. Bandage de corps. — Contusions multiples des deux genoux et de la cuisse droite, sans importance. — Fracture du péroné à 3 centimètres du sommet de la malléole externe droite. Ecchymose. Crépitation. L'articulation est saine et ses mouvements ne déterminent aucune douleur. — Appareil silicaté.

28 *mai.* — L'appareil silicaté est enlevé et remplacé par une bande simple. Le malade ne souffre plus. Va à Vincennes.

B. — Fractures du crane.

Les observations de fractures isolées des os du crâne sont au nombre de quatre : la paroi antérieure du sinus frontal; le pariétal droit; le rocher, les deux pariétaux et l'apophyse basilaire de l'occipital; le rocher, le sphénoïde et l'ethmoïde.

Il y a donc eu : deux fractures de la voûte, une fracture de la base et une fracture portant à la fois sur la voûte et sur la base, mais ayant son centre sous le rocher et pouvant par conséquent être considérée comme une fracture de la base irradiée.

Les *fractures de la voûte* ont été produites par des *chocs directs :* (*a*) coup d'un instrument en acier dit *coup de poing américain*, (*b*) coup de pied de cheval. Il a été impossible de savoir, pendant la vie, si les *fractures de la base* ont été produites par *choc direct* ou par *contre-coup*. Les malades étaient tombés l'un d'un second, l'autre d'un troisième étage; ils avaient été apportés à l'hôpital dans le coma et étaient morts sans avoir repris connaissance. Les témoins de l'accident n'avaient pu dire, d'autre part, si les malades étaient tombés sur les pieds ou sur la tête. Enfin il n'existait pas de plaie du cuir chevelu. Mais l'*autopsie* démontra que dans les deux cas il y avait eu à la fois choc direct et contre-coup.

Les *lésions* produites par ces divers accidents ont été : chez le premier malade, un simple enfoncement de la paroi antérieure du sinus frontal sans que la cavité crânienne fût intéressée. Ce fait (CLIX) est la suite d'une observation publiée dans le précédent volume (obs. XLVII), p. 387 : consécutivement à l'accident, le malade eut de l'ostéo-périostite avec rétention de mucus dans la cavité du sinus et douleurs continues dans la région frontale. Nous fîmes la trépanation et le drainage du sinus, et la guérison s'effectua rapidement.

Chez le second malade (obs. CLX) le coup de pied de cheval détermina une plaie contuse comprenant toute l'épaisseur des parties molles et une fracture du pariétal droit avec

enfoncement du fragment externe. Il n'y eut pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien et le malade ne perdit pas complètement connaissance. Les troubles fonctionnels consécutifs furent de la somnolence, de l'embarras de la parole et une hémiplégie avec hémianesthésie gauches, sans paralysie faciale. Pendant six jours il n'y eut pas de fièvre, et comme l'enfoncement du pariétal n'était que de 2 millimètres, nous étions en droit d'attribuer les accidents observés à un épanchement sanguin capable de se résorber comme cela arrive fréquemment. Nous nous contentâmes donc de panser la plaie à plat en assurant l'écoulement de liquides à la partie déclive, et d'appliquer en permanence sur la région blessée un bonnet de glace. Mais le septième jour éclatèrent des symptômes de méningo-encéphalite qui nous apprirent que les désordres étaient plus graves que nous ne l'avions supposé tout d'abord, et nous décidèrent à intervenir chirurgicalement. Dans la prévision que l'application d'une simple couronne de trépan serait insuffisante, nous nous décidâmes à faire, à l'aide de la scie circulaire du polytritome, la résection de la portion enfoncée du pariétal. L'ablation de ce fragment d'os donna immédiatement issue à du sang extravasé mélangé de pus et nous permit de constater, d'une part, que la dure-mère était déchirée, fongueuse et que la collection hémato-purulente venait de la profondeur et s'était fait jour par cette déchirure, d'autre part qu'un fragment de la table interne du pariétal, complètement détachée de l'os, s'enfonçait verticalement dans la substance cérébrale sous forme d'une esquille volumineuse. Après avoir enlevé avec précaution ce fragment d'os, nous fîmes un pansement à plat avec l'eau phéniquée. Cette opération ne parvint pas à arrêter la marche de la méningo-encéphalite, et le malade succomba, deux jours plus tard, dans le coma, avec une température de 41°. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

Dans les deux autres cas (obs. CLXI et CLXII) les désordres étaient encore plus considérables et l'état des malades nous avait fait prévoir à l'avance l'issue fatale. Ils succombèrent en effet, dans le coma, l'un quatre jours, l'autre

vingt-quatre heures après l'accident, sans qu'il nous fût permis de songer à une intervention chirurgicale.

L'autopsie pratiquée dans les deux cas justifia le diagnostic porté pendant la vie et basé sur le coma, l'insensibilité, la parésie, l'écoulement de sang par l'oreille dans un cas, de sang et de matière cérébrale dans l'autre cas.

Chez le premier malade, la fracture ayant pour centre la partie compacte du rocher droit s'irradiait, d'une part, en haut au pariétal correspondant qui était divisé verticalement dans toute sa hauteur, et au pariétal gauche qui était fracturé dans l'étendue de 2 centimètres ; d'autre part, en bas et en arrière à l'apophyse basilaire de l'occipital, sur la partie droite de laquelle on voyait un trait de fracture d'un demi-centimètre. Un épanchement de sang s'était fait entre la fosse pariétale et la dure-mère qui était décollée en ce point dans un espace de 5 centimètres. En outre il existait de la contusion cérébrale, très étendue et très profonde, à droite, où le ramollissement comprenait à la fois la substance grise et les couches superficielles de la substance blanche ; aussi étendue mais moins profonde à gauche où les lésions semblaient dues au contre-coup.

Chez le second malade, il existait une fracture de la base allant de la lame criblée droite de l'ethmoïde jusqu'au trou occipital, en traversant obliquement la base du rocher. Deux irradiations au trou ovale et au trou grand rond. En outre la fosse temporale droite était parcourue par un trait de fracture qui se terminait en avant dans la fosse zygomatique, en arrière à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde. La dure-mère était déchirée au niveau de la fracture de la base, ce qui explique la possibilité de l'issue de matière cérébrale par l'oreille. Enfin, comme dans l'observation précédente, il existait plusieurs foyers de contusion, avec transformation de la substance cérébrale en bouillie et d'abondants épanchements sanguins.

Dans l'hémisphère droit les points contus siégeaient dans la partie supérieure des circonvolutions temporales (c'est de ce point que venait la substance qui s'était fait

jour par l'oreille) et dans la partie inférieure du cervelet.

Dans l'hémisphère gauche (lésions produites par contre-coup), attrition considérable du lobe temporal, rupture de l'artère sylvienne et infiltration sanguine jusqu'à la capsule interne.

Obs. CLIX. — *Fracture et enfoncement de la paroi antérieure du sinus frontal. Trépanation du sinus. Guérison.* — Luc (Eugène), vingt-quatre ans, fumiste, entre le 15 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 9. Il y a six semaines il reçut un coup de poing en acier sur le front, au niveau du sinus frontal gauche dont la paroi antérieure avait été enfoncée. Séjour de quinze jours à l'hôpital. Après sa sortie, des douleurs de tête violentes apparurent et déterminèrent le malade à entrer dans notre service.

18 *décembre.* — Nous faisons la trépanation du sinus et introduisons un drain ressortant par la narine gauche.

L'opération est suivie d'un mieux très notable, qui se continue sans interruption. — Pansements et injections alcoolisées.

16 *janvier.* — On ôte le drain ; et le 21 guérison. — Exéat.

Obs. CLX. — *Fracture du crâne. Enfoncement du pariétal droit. Méningo-encéphalite. Résection de la portion enfoncée du pariétal, ouverture d'un abcès du cerveau. Mort.* — Barbe (Eugène), dix-neuf ans, charretier, entre le 11 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. La veille il a reçu sur la voûte du crâne un coup de pied de cheval à la suite duquel il est tombé étourdi, sans perdre toutefois connaissance. Il n'a pu se relever ni marcher.

État actuel. — Le cuir chevelu étant rasé, on voit, sur la voûte du crâne, à 4 centimètres à droite de la ligne médiane, une plaie antéro-postérieure de 8 centimètres, allant de la suture sagittale à la suture lambdoïde, à bords contus, mâchés, écrasés, décollés de tous côtés sur une étendue de 3 centimètres. Cette plaie intéresse toute l'épaisseur des parties molles, y compris l'épicrâne. Dans sa partie moyenne elle laisse voir les deux pariétaux et la suture qui les réunit, complètement dénudés. Le pariétal droit présente une fracture, dont le trait est parallèle à la suture médiane, le fragment externe est enfoncé de 2 millimètres, il forme une dépression au-dessus de laquelle fait saillie le fragment interne qui a conservé ses rapports avec le pariétal gauche. Les deux fragments sont engrenés, et ne laissent pas voir la dure-mère. Pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. Pas d'autres fractures appréciables. Le malade est dans un état semi-comateux. Lorsqu'on l'interroge il entend, comprend et répond raisonnablement, mais avec une grande lenteur et comme s'il avait la langue épaisse. Les organes des sens, audition, vue, odorat, goût, sont

intacts. Il existe une hémiplégie avec hémianesthésie, gauche, sans paralysie faciale. Respiration normale. Pouls = 72. T. = 37°,8. — Lavages de la plaie. Pansement à plat. Bonnet de glace en permanence.

L'état du malale n'éprouve pas de modifications sensibles jusqu'au 17 novembre, où se déclare un mouvement fébrile : T. M. = 38°. S. = 39°,4. P. 95.

18 *novembre*. — Coma plus profond. Le malade répond à peine aux questions. T. M. = 38°. S. = 39°,4, P. 100.

19. — T. = 38°,8. P. = 102. Nous nous décidons à tenter une opération. *Pas de chloroforme.* Pendant que des aides rétractent les lèvres de la plaie et l'épicrâne à droite et à gauche, nous faisons avec la scie circulaire du polytritome un trait parallèle au trait de la fracture et passant à un centimètre en dehors. Quand ce trait nous paraît suffisamment profond, nous exerçons des pesées méthodiques avec la gouge droite, dans le but d'enlever le fragment enfoncé. Ces manœuvres demeurant sans résultat, par suite du chevauchement des fragments, nous faisons un trait de scie transversal, réunissant à la partie antérieure la fracture et le premier trait de scie, et nous faisons sauter une première lamelle osseuse comprenant toute l'épaisseur de la voûte du crâne. Aussitôt nous voyons sortir à l'angle antérieur de la plaie, par la voie que nous venons d'ouvrir, un flot de sang noirâtre, poisseux, qui était extravasé et une notable quantité de pus. Lorsque cette collection s'est fait jour au dehors, nous apercevons que la dure-mère est en ce point fongueuse, ulcérée, et que c'est cette ulcération qui a livré passage au liquide. En examinant avec soin les bords de la perte de substance osseuse que nous venons de faire, nous trouvons une volumineuse esquille, formée par une lamelle de la table interne de l'os qui s'enfonce verticalement dans la substance cérébrale. Nous l'extrayons avec précaution. Ceci fait, nous saisissons avec de fortes pinces le reste de la lame osseuse que nous avons sciée et nous en faisons sauter un nouveau fragment. En ce point la dure-mère est saine; nous avons dépassé les limites du mal. Lavages avec l'eau alcoolisée phéniquée et pansement à plat.

Le soir T. = 39°,6. Le coma et la paralysie persistent.

20. — T. M. = 40°,4. S. = 41°. — Mort le surlendemain de l'opération dans le coma avec une T. = 41°. — Opposition à l'autopsie.

Obs. CLXI. — *Fracture du crâne. Contusion cérébrale. Mort. Autopsie.* — Priccaz (François), quarante-cinq ans, journalier, entre le 12 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Ce malade est tombé d'un second étage; transport immédiat à l'hôpital.

État actuel. — Nous le trouvons sans connaissance, dans le décubitus dorsal; tête inclinée à gauche, visage très pâle, respiration régulière ; pouls lent et régulier. L'oreille droite présente, à sa partie supérieure, une plaie de 1 centimètre et demi, portant sur toute

l'épaisseur des cartilages auriculaires. Écoulement assez abondant de sang par le conduit auditif de ce côté. Pas d'écoulement de sérosité. Pas d'ecchymoses. Les membres sont dans la flaccidité; ils retombent inertes lorsqu'on les soulève. Insensibilité presque absolue. Toutefois, lorsqu'on lui soulève la tête, le malade pousse des gémissements. Pupille droite très dilatée. Paralysie faciale droite.

13 *juin.* — Huit sangsues aux mastoïdes, quatre de chaque côté. Pas d'amélioration. Le malade reste toujours dans le coma.

14. — Le malade prononce quelques paroles, répond vaguement aux questions qui lui sont posées. — Nous apprenons par la famille qu'il a eu, il y a trois ans, une attaque d'apoplexie, et que depuis cette époque il est plus faible du côté droit. — Il meurt le 16 juin.

Autopsie. — Fracture du *crâne* ayant la disposition suivante : un trait de fracture naissant au niveau de la partie compacte du rocher, du côté droit, monte verticalement, parcourt tout le pariétal droit, atteint le gauche, dans lequel il se termine après un trajet de 2 centimètres. En même temps existe un autre trait de fracture qui, partant comme le premier du rocher, traverse cet os d'arrière en avant et de dehors en dedans et entame d'un demi-centimètre la partie droite de l'apophyse basilaire; un caillot sanguin assez volumineux existe entre la face interne de la fosse pariétale et la dure-mère qui est décollée sur une étendue de 5 centimètres de diamètre.

Le cerveau présente, du côté droit, au pourtour de la partie externe de la scissure sylvienne, un ramollissement considérable. La troisième circonvolution frontale, la partie inférieure de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante, les deux tiers antérieurs des circonvolutions temporales sont, dans une épaisseur de près de 1 centimètre, transformées en une bouillie rouge et ramollie. Toute la substance grise est atteinte à ce niveau, en même temps que la partie superficielle de la substance blanche. Du côté gauche, au même niveau se trouvent des lésions identiques quoique moins étendues et moins profondes. Ces dernières nous paraissent avoir été produites par contre-coup.

Les autres organes sont sains. Les *poumons* présentent un peu d'engorgement à leur base.

Obs. CLXII. — *Fracture du crâne. Issue de matière cérébrale par l'oreille. Mort. Autopsie. Lésions en foyer dans l'hémisphère du côté opposé à la fracture.* — Delette (Hippolyte), quarante-cinq ans, tourneur en cuivre, entre le 2 mai 1881 à 1 heure du matin, salle Sainte-Marthe, n° 30. Bonne santé habituelle, n'est pas alcoolique avéré.

Hier au soir, il est tombé d'un troisième étage sur le pavé. Relevé sans connaissance, on l'a transporté à l'hôpital.

Etat actuel. — Au matin il est dans le coma, ne répond à aucune question, mais s'agite dès qu'on l'excite un peu. La tête est dans la

rotation à droite. De ce côté les deux paupières très gonflées recouvrent l'œil et offrent une teinte ecchymotique. Ecchymose sur toute la conjonctive palpébrale et oculaire. Hémorrhagie par le nez et la bouche, pas d'ecchymose pharyngienne. Hémorrhagie par l'oreille droite, le sang sort en caillots mêlés de détritus blanchâtres abondants, facilement reconnaissables pour de la matière cérébrale.

Contraction des pupilles, pas de déviation notable des yeux. Pas de plaie des téguments. Parésie générale, mais pas de paralysie, sauf dans la sphère du facial droit. Sensibilité obtuse ; cependant le pincement provoque des mouvements lents. Coma. Stertor. Perd ses urines, mais non les matières fécales. — Vessie de glace sur la tête.

Mort vingt-quatre heures après l'entrée, à minuit et demi.

Autopsie. — Infiltration sanguine du tissu cellulaire de la région temporale droite et du crotaphyte de ce côté. La fosse temporale est parcourue dans le sens de la suture écailleuse par un trait de fracture qui s'enfonce en avant dans la fosse zygomatique, en arrière vers la partie postérieure de l'apophyse mastoïde. Léger écartement en avant et en arrière. Le crâne est scié circulairement, un épanchement sanguin à demi coagulé a infiltré la pie-mère, il est beaucoup plus considérable à gauche du côté opposé à la fracture; de ce côté la pulpe cérébrale, dans toute la base du lobe temporal, sur une surface de la grandeur d'un œuf de poule, est réduite en bouillie mêlée de sang, absolument semblable à un foyer d'hémorrhagie cérébrale. Les lésions s'étendent dans l'intérieur jusqu'à la capsule interne; la cause en est dans une rupture des vaisseaux sylviens qui sont entourés de caillots et constituent manifestement le point de départ de ces lésions. — *Hémisphère droit.* A sa partie supérieure la corne temporale présente une attrition du cerveau sur une étendue de la grandeur d'une amande, et c'est de là que venait la substance sortie par l'oreille. — *Cervelet.* Il existe à la partie inférieure et médiane du lobe droit une surface de la grandeur d'une aveline sur laquelle la substance cérébelleuse est réduite en bouillie. Au pourtour la substance blanche présente un piqueté très marqué. Un caillot parti du pressoir d'Hérophile se prolonge dans le sinus circulaire gauche pour aller rejoindre le golfe de la jugulaire interne. — La dure-mère est déchirée au niveau du trait de fracture de la base. Ce trait de fracture, dont les bords sont écartés de 3 à 4 millimètres au moins, est longitudinal dans son ensemble avec irradiations multiples. Il va de la lame criblée de l'ethmoïde droite au milieu du trou occipital, de ce côté, en traversant obliquement la base du rocher pour descendre vers le golfe de la jugulaire. Deux irradiations vont au trou ovale et au trou grand rond situés en dedans de la ligne principale. Sur ce trajet, surtout au niveau du rocher, la pie-mère est déchirée, ce qui explique la possibilité de l'issue de la matière cérébrale au dehors.

Ainsi lésions de la pulpe cérébrale n'ayant donné lieu, comme symptôme net, qu'à la rotation de la tête à droite; de plus, point intéressant, rupture traumatique (par contre-coup?) de l'artère sylvienne du côté opposé à la fracture et ayant déterminé des lésions d'hémorrhagie cérébrale.

C. — Os propres du nez.

Obs. CLXIII. — *Fracture des os propres du nez et plaie de la face. Compresses d'eau froide. Guérison.* — Tournet (Louis), cinquante-deux ans, maçon, entre le 19 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 21. La veille il est tombé de la hauteur de 3 mètres sur un tas de briques. La face a porté.

État actuel. — Plaie contuse oblique de haut en bas et de dedans en dehors, allant du milieu du front jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'os malaire gauche et n'intéressant que la peau. Les bords sont déchiquetés. Les os propres du nez sont fracturés. Gonflement et mobilité anormale. Les fragments sont enfoncés vers les fosses nasales.

Plaies insignifiantes à la paume des mains. — Applications de compresses d'eau froide sur les plaies. — Dans les fosses nasales on introduit un morceau de sonde, en caoutchouc, de manière à ramener les fragments dans leur rapport.

23 *août.* — On rapproche les bords de la plaie : sutures sèches.

19 *septembre.* — Guérison. Les os du nez sont consolidés. — Exéat.

D. — Maxillaire supérieur.

Obs. CLXIV. — *Fracture sans déplacement du bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit. Consolidation.* — Bouchet, trente-six ans, entre le 14 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Rhumatisme pendant la guerre 1870-71. Pneumonie l'an dernier. Hier il a reçu en pleine figure la banquette d'une balançoire lancée fortement. Épistaxis et stomatorrhagie passagères.

État actuel. — Tuméfaction et ecchymose de la joue droite. Ecchymose de la moitié droite de la voûte palatine. Fracture de tout le bord alvéolaire du maxillaire supérieur droit. Le trait s'étend de la ligne médiane aux apophyses ptérygoïdes droites, en traversant obliquement la moitié droite de la voûte du palais. D'autre part le bord alvéolaire semble détaché du corps de la mâchoire par un trait passant au-dessous du sinus maxillaire. Mobilité anormale et crépitation. Aucun déplacement. Indolence. — Abstention d'aliments solides. Bouillons. Potages.

28 *mars.* — Pas de complication. Consolidation en bonne voie. Il mange de la viande. Demande à retourner chez lui.

E. — Maxillaire inférieur.

Six observations :

Chute sur le menton	4
Coup de pied de cheval	1
Tête prise entre les rayons de la roue d'une machine à imprimer en mouvement	1

Les cinq premiers cas ont rapport à des fractures simples du corps de l'os et présentent entre eux la plus grande analogie.

Les traits des fractures siégeaient immédiatement à gauche de la symphyse, entre la canine et la première petite molaire gauche, entre les deux petites molaires droites, à 3 centimètres et demi, à gauche, de la symphyse, entre la dernière petite et la première grosse molaire gauche.

Dans quatre cas la fracture est verticale suivant la hauteur et oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans suivant l'épaisseur. Dans le cinquième cas la fracture est oblique suivant la hauteur, de haut en bas et d'avant en arrière.

Toutes les observations signalent l'élévation du fragment antérieur et dans la plupart des cas un chevauchement plus ou moins considérable du fragment postérieur en dehors du fragment antérieur.

Le seul accident à signaler est le développement d'un abcès communiquant avec le foyer de la fracture, cinq jours après l'accident (obs. CLXV). Grâce aux lavages antiseptiques, cet abcès n'entrava d'ailleurs en rien la consolidation. Dans tous les cas la réduction fut facile à opérer et à maintenir.

Le traitement consista à appliquer soit un bandage simple en fronde avec mentonnière, soit une fronde plâtrée. Dans deux cas on plaça en outre un bouchon entre les deux mâchoires au niveau du foyer de la fracture. La consolidation s'effectua en l'espace d'un mois à cinq semaines, sans laisser de déformation ni de troubles fonctionnels.

Le sixième cas (obs. CLXX) fut plus grave et plus intéressant. Le volant de la machine à imprimer en mouvement

produisit une fracture comminutive et compliquée, dont on eut beaucoup de peine à obtenir la réduction et la consolidation. Une plaie siégeant au niveau de la moitié droite du corps de la mâchoire mesurait 6 centimètres transversalement et 4 centimètres verticalement ; elle laissait voir l'os à nu. Le maxillaire était divisé en cinq fragments, les traits de fracture passant : l'un entre la première petite molaire et la canine gauches, le second entre les deux incisives médianes, le troisième entre les deux premières petites molaires droites, le quatrième à l'union du corps de l'os avec la branche montante droite.

Au niveau de la fracture médiane il existait un déplacement énorme suivant la hauteur, le fragment gauche s'abaissait au-dessous du fragment droit au point que l'incisive gauche touchait le bord inférieur de la moitié droite de la symphyse. Avec de pareils désordres l'application d'une fronde simple, puis d'une fronde plâtrée fut tout à fait insuffisante pour maintenir la réduction, d'autant plus qu'il fallait se préoccuper de la plaie des parties molles.

L'appareil de Houzelot parvint bien à assurer la réduction et l'immobilisation dans le sens de la hauteur, mais il eut un autre inconvénient. Par suite de la grande épaisseur de sa partie intrabuccale, par suite aussi de la multiplicité des fragments et de leur mobilité, cet appareil détermina un mouvement de bascule, avec renversement en avant, de la partie antérieure de l'arc du maxillaire, de sorte que lorsqu'on l'enleva au bout d'un mois, il existait un écartement angulaire considérable entre les arcades dentaires supérieure et inférieure. Les grosses molaires du bas étaient en contact avec celles du haut, alors que les incisives médianes inférieures étaient distantes de 3 centimètres des incisives supérieures correspondantes. Inutile d'insister sur les troubles fonctionnels qui résultaient de cet état de choses. L'expérience nous avait heureusement appris que l'appareil de Houzelot entraîne souvent ces inconvénients lorsque la fracture est comminutive. C'est pourquoi nous ne le laissâmes en place que pendant trente jours, temps suffisant pour obtenir

un bon commencement de consolidation, mais trop court pour l'ossification complète du cal.

Quoi qu'il en soit, nous avions, grâce à cet appareil, obtenu deux résultats importants : d'une part la cicatrisation de la plaie des parties molles, de l'autre une juxtaposition déjà solide des fragments dans le sens transversal. Comptant sur un certain degré de flexibilité des différents cals, nous tentâmes alors de faire basculer de bas en haut la partie antérieure de l'arc du maxillaire afin de faire disparaître autant que possible l'écartement angulaire des deux mâchoires. A cet effet, nous appliquâmes chaque jour pendant une heure une bande en caoutchouc disposée en fronde. Le succès justifia nos espérances : au bout de dix jours de ce traitement, l'écartement des incisives supérieures et inférieures était réduit à 1 centimètre. Quant à la configuration de la mâchoire inférieure, elle laissait à désirer. La canine et les incisives gauches, la seconde petite molaire et les grosses molaires droites, étaient légèrement inclinées en dedans. Les molaires inférieures droites ne correspondaient plus aux molaires supérieures du même côté, de sorte que la mastication était possible seulement à gauche. Enfin le cal était volumineux et donnait au bord inférieur de la mâchoire une épaisseur de 2 à 3 centimètres.

Nous suivîmes le malade pendant trois mois et demi. Dans les derniers temps son état s'était encore amélioré : rapprochement des incisives, diminution du cal, possibilité de la mastication et de la parole. De sorte que, étant données la gravité tout exceptionnelle de cette fracture, la multiplicité des fragments, l'impossibilité d'employer les moyens de contention habituels (frondes, suture des os, etc.), nous devons nous féliciter du résultat définitif.

Obs. CLXV. — *Fracture du corps du maxillaire inférieur.* — Carbonel, vingt ans, charbonnier, entre le 1er mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Le 4 février, chute sur le menton et fracture du corps de la mâchoire inférieure. Soins insuffisants. Au bout de trois semaines, il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Gonflement appréciable à la vue à gauche de la

symphyse du menton. La fracture siège immédiatement à gauche de la symphyse. La fracture est unique, et le trait est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, suivant l'épaisseur de l'os. Il est vertical dans le sens de la hauteur. Pas de déplacement notable. Mobilité anormale. — Fronde et mentonnière. — Bouillons, potages.

5 *mars.* — Ouverture spontanée, du côté des gencives, d'un abcès communiquant avec le foyer de la fracture. Lavages phéniqués.

10. — La mentonnière est renouvelée. Commencement de consolidation. Lait, bouillons, potages.

20. — La fracture est consolidée, suppuration tarie. La mâchoire a récupéré toutes ses fonctions. Exeat.

Obs. CLXVI. — *Fracture de la mâchoire inférieure. Bandage en fronde. Guérison.* — Goury (Lucien), trente-sept ans, palefrenier, entre le 5 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. Dans une chute de la hauteur d'une chaise, le menton a porté sur le bord d'un meuble : douleur et impuissance fonctionnelle de la mâchoire inférieure.

État actuel. — Large ecchymose sous le menton. Bouche entr'ouverte. Fracture de la moitié gauche du corps de la mâchoire inférieure. Le trait passe entre la canine et la première petite molaire; il est vertical suivant la hauteur et oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans, suivant l'épaisseur. Le fragment qui porte les molaires fait une saillie de 1 centimètre au-dessus de l'autre fragment; en outre il chevauche légèrement en dehors de ce même fragment. Mobilité anormale et crépitation à ce niveau. Rien du côté de la muqueuse. — Bandage en fronde après avoir réduit la fracture. — Consolidation parfaite le trente et unième jour, et le 7 octobre sortie.

Obs. CLXVII. — *Fracture du maxillaire inférieur. Bouchon de liège pour maintenir les fragments au même niveau. Fronde en plâtre. Consolidation sans difformité.* — Morin (Joseph), trente ans, palefrenier, entre le 19 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. Hier au soir coup de pied de cheval sur le menton.

État actuel. — Gonflement du menton et de la joue droite. La bouche est entr'ouverte et ne peut être fermée. A 2 centimètres de la symphyse du menton, petite plaie n'intéressant que la peau. La dernière petite et la première grosse molaires droites sont plus élevées que les autres dents d'un demi-centimètre et déjetées en dehors. Mouvements de la mâchoire inférieure impossibles. Le corps de l'os est fracturé verticalement en avant de l'alvéole de la dernière petite molaire droite. Le fragment postérieur est porté en haut et en dehors, tandis que l'antérieur est abaissé. Mobilité anormale. Douleurs vives. — Nous abaissons le fragment postérieur et le repoussons en arrière et avec un bouchon de liège nous nous efforçons de maintenir la réduction ; bandage plâtré en fronde.

27 *septembre*. — On enlève l'appareil. La consolidation est obtenue sans difformité, et le 29, sortie.

Obs. CLXVIII. — *Fracture du maxillaire. Fronde plâtrée. Consolidation sans déformation.* — Ernouf (Léon), vingt-huit ans, tailleur de pierre, entre le 22 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 24. Il est tombé d'une hauteur de 1^{m},50 sur le menton. Douleur vive et impossibilité de mouvoir la mâchoire.

État actuel. — Gonflement de la partie inférieure de la joue droite. A ce niveau, douleurs très vives à la pression et saillie anormale très dure. L'examen par la bouche, qui est fort pénible pour le malade, révèle une fracture de la moitié gauche du corps de la mâchoire à 3 centimètres et demi de la ligne médiane. Le fragment postérieur est entraîné en haut, tandis que l'inférieur est attiré en bas, mais ce déplacement est peu prononcé, et on n'éprouve aucune peine à le réduire. Mouvements de la mâchoire pénibles et très limités. Pas de plaie, pas d'ecchymose. — Réduction et application d'une fronde en plâtre.

29 *août*. — Consolidation parfaite sans déformation. Exeat.

Obs. CLXIX. — *Fracture du maxillaire inférieur. Fronde plâtrée. Guérison.* — Garnier (Édouard), vingt-trois ans, serrurier, entre le 27 août 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. La veille au soir dans une chute, le menton porte sur l'angle d'une table : vive douleur au niveau de l'angle de la mâchoire, difficulté pour ouvrir et fermer la bouche.

État actuel. — L'arcade dentaire inférieure fait une saillie de 1 centimètre en avant de l'arcade dentaire supérieure ; en outre les deux dernières grosses molaires inférieures gauches sont plus élevées que les autres dents du même maxillaire. En portant le doigt à leur niveau, on détermine une mobilité anormale et une crépitation des plus manifestes. Si l'on presse la branche montante du maxillaire inférieur, le doigt étant appliqué dans la bouche sur la branche horizontale, on s'assure qu'on a affaire à une fracture oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Le fragment postérieur est plus élevé que l'antérieur. Mouvements de la mâchoire douloureux et très limités ; mastication impossible. Au niveau du menton, petite plaie superficielle.

28 *août*. — On place sur les deux dernières molaires un bouchon de liège et l'on fait une fronde plâtrée.

29 *septembre*. — On enlève l'appareil ; consolidation complète sans déplacement. Gêne des mouvements de la mâchoire s'amendant tous les jours. Exeat.

Obs. CLXX. — *Fracture compliquée de la mâchoire inférieure.* — Sich (Auguste), quatorze ans et demi, imprimeur, entre le 12 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. En courant il a passé sa tête entre les rayons du volant de la machine à imprimer.

État actuel. — A la face externe du maxillaire inférieur, côté droit, plaie de 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur et de 4 dans le sens vertical, laissant voir l'os à nu. Bouche largement ouverte comme dans la luxation de la mâchoire. Premier trait de fracture passant entre les deux incisives médianes; chevauchement des fragments de toute la hauteur du corps du maxillaire; le fragment droit remontant, le gauche s'abaissant de façon à ce que l'incisive gauche touche le bord inférieur du fragment droit du maxillaire. A gauche existe un trait de fracture passant entre la canine et la première molaire. A droite existe une fracture qui passe entre les deux petites molaires. Il paraît exister en outre un quatrième trait de fracture dans la branche montante, au voisinage de l'angle de la mâchoire du côté droit; mais le siège est difficile à préciser. — On tente l'application d'un bandage en fronde; mais il est tout à fait insuffisant pour maintenir les fragments. On applique alors une fronde plâtrée après avoir placé une gouttière de gutta-percha sur l'arcade dentaire.

Ces appareils, qui ont été placés au-dessus d'un pansement fait sur la plaie extérieure, ne parviennent pas à maintenir les fragments; aussi faut-il appliquer l'appareil de Houzelot le 15 janvier. Une couche de gutta-percha mise sur l'arcade dentaire favorise son adaptation avec les arcades de l'appareil dont la loge portait une gouttière de courbure convenable pour un adulte de forte taille.

La réduction se maintint avec cet appareil surtout relativement au déplacement vertical des deux fragments avoisinant le trait de fracture médian.

Bientôt le malade réussit à se nourrir facilement. Salivation. La plaie extérieure n'étant plus gênée par aucun appareil peut être pansée convenablement et se cicatrise en un mois.

15 *février*. — On retire l'appareil, qui n'a pas bougé.

Par suite de la grande hauteur verticale de l'arcade intra-buccale de l'appareil et du liège fort épais qu'elle supporte, il s'est produit un écartement angulaire considérable entre les mâchoires supérieure et inférieure; les dernières molaires se touchent, tandis que les incisives médianes sont écartées de 3 centimètres. Le rapprochement des lèvres est impossible. La salivation continue et, par suite du brusque changement qui résulte de l'ablation de l'appareil, le malade ne peut plus manger.

La consolidation n'étant pas absolue, il est encore possible de remédier en partie à ces inconvénients. On applique une longue bande de caoutchouc en fronde de façon à obtenir un mouvement de bascule du corps de la mâchoire inférieure, et cet appareil est laissé en place tant que le malade peut le supporter. Comme il est très patient, il le garde une heure. Ces applications sont renouvelées tous les jours ou à peu près pendant dix jours.

Sous leur influence, non seulement l'écartement des mâchoires à la partie antérieure diminua, mais le fragment porteur des incisives et canines gauches, qui avait pris une inclinaison vicieuse à 45° de haut en bas et de dehors en dedans, se redressant, ne présenta plus qu'une inclinaison à peine sensible. Le fragment qui porte la deuxième petite molaire et les grosses molaires du côté droit resta incliné en dedans, mais très légèrement.

Le malade s'habitue peu à peu à manger. Le 9 mars il mange des aliments solides, mais il est obligé de les pousser avec le doigt sous les grosses molaires. L'écartement des dents de devant est réduit à un centimètre. A droite les molaires inférieures ne correspondent pas aux molaires supérieures; de plus elles sont inclinées en dedans; c'est par les molaires gauches que la mastication est exécutée. Toute la courbe antérieure de la mâchoire est comprise dans un cal volumineux qui donne au bord inférieur de l'os 2 à 3 centimètres d'épaisseur. A 2 centimètres à droite de la ligne médiane existe une fistulette laissant sortir quelques gouttes de pus. Il existe encore un peu de mobilité entre les fragments, ainsi qu'on peut le constater au niveau du trait de fracture médian.

15 *mars.* — Départ pour Vincennes.

2 *mai.* — On revoit le malade. Il mange et parle bien, ses lèvres se rapprochent et se touchent dans toute leur étendue; le volume du maxillaire inférieur à la palpation de la région sous-maxillaire est diminué. Bonne consolidation. L'écartement des incisives médianes supérieures et inférieures n'est plus que de 3/4 de centimètre.

F. — Os hyoïde et cartilage thyroïde.

Un cas produit par un coup de tête de taureau.

Les symptômes de cette fracture, qu'il est assez rare d'observer, furent : une hémoptysie, de l'aphonie, du cornage pendant l'inspiration, de la gêne de la déglutition, de la douleur à la pression. Pas de toux. En outre, on observait un gonflement modéré de la région, avec enfoncement appréciable de la moitié droite du cartilage thyroïde. Les mouvements imprimés en masse au larynx déterminaient, d'autre part, une crépitation nette au niveau de la moitié droite de l'os hyoïde. L'examen du fond de la gorge fut négatif. On ne pratiqua pas l'examen laryngoscopique. L'application de quatre sangsues sur la région blessée procura un soulagement rapide. La voix reparut dès le quatrième jour. On

appliqua de nouveau cinq sangsues et tous les symptômes s'amendèrent. Pourtant, deux semaines après l'accident, le malade avait encore, à intervalles, de légers accès de suffocation, attribuables au spasme des cordes vocales. Ces accès finirent eux-mêmes par disparaître. Le dix-huitième jour on ne percevait plus la crépitation de la fracture hyoïdienne, et le vingt-troisième jour le malade, complètement guéri, quittait l'hôpital. Un point intéressant de cette observation est l'absence de toux et d'expectoration, ces deux symptômes constants des affections du larynx. Il est permis d'en conclure, et à ce point de vue nous regrettons que l'examen laryngoscopique n'ait pas été pratiqué, il est permis d'en conclure que les lésions ne s'étendaient pas à la muqueuse, c'est-à-dire aux expansions des nerfs sensitifs et aux glandes. Les muscles au contraire furent manifestement atteints ainsi que le prouvent le cornage, l'aphonie et plus tard les accès spasmodiques de suffocation. Il est probable qu'il y eut là un certain degré de myosite.

Obs. CLXXI. — *Fracture de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde. Sangsues. Guérison.* — Moussain (Jules), quarante-huit ans, charretier, entre le 18 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22. — Alcoolisme.

Hier un taureau lui porta un violent coup de museau dans la région antérieure du cou. Il tomba, perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital. Une heure après l'accident, il revint à lui, eut une hémoptysie de la valeur d'un verre de table et une épistaxis légère. Aphonie.

État actuel. — Ecchymose légère de la pommette gauche. Le cou est le siège d'un gonflement modéré. Douleur à la pression sur les parties latérales du larynx et de la trachée. L'examen du fond de la gorge est négatif. Aphonie, déglutition douloureuse. Pas de toux. Chaque inspiration de larynx est le siège d'un cornage qu'on entend à distance. — Application de quatre sangsues, sur la région malade. Le lendemain, amélioration notable. Respiration plus libre, déglutition moins gênée. Aphonie.

19 *janvier*. — L'exploration de la région étant devenue moins douloureuse, nous imprimons à tout le larynx des mouvements latéraux, et nous percevons par instants une crépitation très nette au niveau de la partie latérale droite de l'os hyoïde. Enfoncement léger de la moitié droite du cartilage thyroïde.

20. — La déglutition reste toujours douloureuse. L'aphonie persiste. — Bouillon, lait, potages. Pas de fièvre.

22. — Amendement de tous les symptômes. La voix reparaît.

23. — Nouvelle application de cinq sangsues. Déglutition à peine sensible. La voix est revenue.

25. — L'amélioration persiste. Pas de fièvre. Sommeil parfait. Appétit.

1er *février*. — Parfois le malade est pris d'un accès d'oppression caractérisée par des inspirations fréquentes et légèrement sibilantes, mais la durée de ces accès est passagère. Les *mouvements de déglutition* s'effectuent sans la moindre douleur, *et la voix a recouvré son timbre normal*. L'appétit est bon, et les fonctions digestives s'effectuent normalement.

5. — On ne sent plus de crépitation ; et le 10, guérison. Sortie.

G. — Colonne vertébrale.

Quatre observations.

Trois fractures sont dues à des *chocs directs :*

(*a*) Chute de la hauteur de 4 mètres sur les reins.

(*b*) Le malade reçoit sur les reins une voiture lourdement chargée, le tronc étant fléchi.

(*c*) Le malade reçoit sur les reins un éboulement de terre, le tronc étant fléchi.

Une fracture se produisit par *cause indirecte :*

Chute du troisième étage sur les pieds.

Les fractures intéressaient :

La dixième vertèbre dorsale	1 cas.
La onzième vertèbre dorsale	1 —
La douzième dorsale et les deux premières lombaires.	1 —
Les deux premières lombaires	1 —

Dans tous les cas les désordres atteignirent les méninges rachidiennes et la moelle. Le siège des lésions, au niveau de la moitié inférieure des rachis et dans des régions contiguës, explique la similitude de la symptomatologie.

Tous les malades eurent en effet de la paralysie du rectum et de la vessie et de la paraplégie avec anesthésie des membres inférieurs. Un malade guérit, les trois autres mou-

rurent : l'un le neuvième jour, l'autre le sixième jour, le troisième douze heures après l'accident.

Dans les deux cas où l'autopsie put être pratiquée, les lésions étaient identiques : écrasement des vertèbres, dont les fragments multiples faisaient saillie dans le canal rachidien ; hématomyélie ; moelle réduite en bouillie au niveau de la fracture. Congestion des principaux viscères. La similitude des symptômes permet de conclure que les lésions étaient analogues chez le troisième malade, qui succomba et dont l'autopsie ne put être faite. Quant à celui qui guérit, les paralysies et l'anesthésie passagères doivent être attribuées soit à une compression de la moelle par un épanchement sanguin qui se résorba ultérieurement, soit à une forte congestion des méninges rachidiennes et de la moelle.

Entre autres particularités intéressantes, nous signalerons chez ces malades l'altération rapide des urines, liée à la paralysie de la vessie. Dans aucun cas il n'y eut d'hématurie, mais rapidement les urines devinrent troubles, puis ammoniacales ; elles furent même purulentes chez celui qui survécut le plus longtemps. Cette altération des urines concorde avec des lésions de la muqueuse vésicale. C'est ainsi que chez l'un des malades dont l'autopsie a été faite, nous pûmes constater une inflammation franche de la muqueuse. Notons en outre, chez le malade de l'observation CLXXII, des troubles vaso-moteurs constitués par de la congestion des téguments des membres inférieurs, et de l'œdème qui, d'abord limité aux malléoles, s'étendit ultérieurement aux jambes et aux cuisses. Le même malade présentait aussi avant la mort de l'œdème pulmonaire.

Chez le sujet de l'observation CLXXIII, qui eut le bonheur de guérir, la paralysie et l'anesthésie des membres inférieurs ainsi que la paralysie du rectum et de la vessie ne se produisirent pas d'emblée, mais s'accentuèrent progressivement pour disparaître ensuite. La paralysie complète dura seulement quatre jours, ce qui nous porte à admettre un épanchement intra-rachidien qui, après s'être effectué lentement, se résorba postérieurement. Ce malade eut en outre une frac-

ture de la partie moyenne du sternum qui détermina pendant plusieurs jours de la douleur et de la dyspnée, mais qui n'eut pas d'autres conséquences fâcheuses. En outre, alors qu'il était en pleine convalescence de ses fractures, il contracta dans le service une variole qui fut heureusement discrète et n'entrava pas sa guérison. Au bout de trois mois il se leva et put marcher avec des béquilles.

Enfin chez le patient qui fait l'objet de l'observation CLXXV nous devons signaler, outre la fracture de deux premières lombaires, une entorse avec laxité ligamenteuse des vertèbres cervicales, des fractures du col de l'humérus, de l'omoplate et des deux dernières côtes. L'autopsie démontra qu'à côté des lésions rachidiennes et médullaires, il existait de la congestion du cerveau et un léger épanchement sanguin entre la pie-mère et l'arachnoïde. Enfin la cavité pleurale gauche contenait un demi-litre de sang.

Obs. CLXXII. — *Fracture de la colonne vertébrale au niveau de la dixième dorsale. Paralysie. Mort.* — Doudot (Michel), vingt-sept ans, palefrenier, entre le 7 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. En sautant par une fenêtre, de la hauteur de 4 mètres, il est tombé sur les reins, et n'a pu se relever. Transport immédiat à l'hôpital.

État actuel. — Décubitus dorsal. Paralysie et insensibilité absolues au tact, à la douleur et à la chaleur des membres inférieurs. Rétention d'urine. Dilatation vésicale. Par le cathétérisme on obtient un litre d'urine. Pas d'hématurie. Au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, à la hauteur de la dixième vertèbre, saillie manifeste, douloureuse à la pression, due à une fracture de la colonne vertébrale, avec compression de la moelle.

9 *août.* — Même état, léger œdème péri-malléolaire; les jambes et les pieds sont colorés en rose. L'appétit est encore bon. L'état général se maintient.

12. On est obligé de pratiquer le cathétérisme. Les urines sont ammoniacales. L'œdème malléolaire augmente. Impotence. Langue sèche. Mauvais état général.

13. — Les urines sont troubles. Léger subdélirium la nuit.

14. — L'état est de plus en plus mauvais, langue grillée, haleine fétide, urines purulentes. L'œdème remonte jusqu'à la partie moyenne des cuisses. Anorexie absolue. L'intelligence disparaît.

15. — Délire. Tendance au coma. La respiration s'embarrasse. Le soir, elle devient stertoreuse. Râle sous-crépitant dans toute l'étendue

de la poitrine, surtout aux bases. Râle trachéal. Le malade meurt le 16 août au matin. — Opposition à l'autopsie.

Obs. CLXXIII. — *Fracture de la colonne vertébrale.* (*Apophyse épineuse de la onzième dorsale.*) *Fracture du sternum. Variole. Guérison.* — Levreteau (Paul), maçon, entre le 13 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. La veille il est tombé d'un troisième étage sur les pieds. Il a perdu connaissance pendant deux heures. Revenu à lui, il a ressenti une violente douleur dans les reins et à la partie antérieure de la poitrine au niveau du sternum. Dans la soirée il a senti le besoin d'uriner et la miction s'est faite facilement. La nuit a été très agitée, il a eu du délire. Transport à l'hôpital.

État actuel. — Il nous dit qu'il souffre beaucoup dans les reins, et qu'il ne peut courber le dos. Au niveau de la onzième vertèbre dorsale est un enfoncement, et de chaque côté une saillie plus marquée à droite qu'à gauche. En ce point, la pression occasionne une douleur atroce. Crépitation peu marquée. Mobilité anormale. Rien du côté de la peau au niveau de la fracture. Urine trouble. Pas d'hématurie. Parésie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Le malade n'a pas eu de garde-robe depuis l'accident. Sensibilité conservée.

A la partie moyenne du sternum : fracture légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors sans déplacement des fragments.

Léger gonflement. Douleur vive en ce point, mobilité anormale, pas de crépitation. Dyspnée ; pas d'hémoptysie. — Lavements purgatifs.

15 *mars.* — T. S. = 38°,7 ; dans la nuit le malade a reposé quelques heures. A la visite, il se plaint de fourmillements dans les membres inférieurs. Avec la pointe d'une épingle, on s'assure que la sensibilité est conservée. La vessie se vide moins complètement qu'hier et le jour de l'accident. Trois garde-robes après le lavement. T. M. 37°,8.

18. — Le cinquième jour après l'accident, il y a paralysie des membres inférieurs et parésie de la vessie. — Cathétérisme.

Pendant quatre jours les symptômes de paralysie persistent, puis disparaissent rapidement. T. S. 38°,1. T. M. 37°,9.

28. — Le malade souffre peu. Plus de fièvre. Peu d'appétit.

12. — État général très bon. Il y a une consolidation presque complète de la fracture du sternum.

17. — Du côté de l'enveloppe épineuse, il existe encore de la mobilité.

22. — Le malade se plaint de courbature ; céphalalgie, nausées, il a même vomi pendant la nuit. Un peu de fièvre. Croyant à un embarras gastrique, on lui prescrit un purgatif salin. — Les symptômes continuent et, le quatrième jour, on voit un certain nombre de pustules de variole sur les bras, le cou et la face.

Le malade est aussitôt transporté dans le service des varioleux.

7 *juin*. — Guérison de la variole qui a été discrète. La fracture de l'apophyse épineuse est parfaitement consolidée, mais vicieusement; cette apophyse est déjetée à droite et fait saillie sous la peau.

15. — Le malade se lève pour la première fois. Il se soutient au moyen d'une chaise.

2 *juillet*. — Il part pour Vincennes, guéri, mais avec de la faiblesse des membres inférieurs.

Obs. CLXXIV. — *Fracture par écrasement du rachis. Écrasement de la moelle. Hématomyélie. Paraplégie. Mort. Autopsie.* — Moreau (Ernest), cinquante ans, charretier, entre le 17 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 28. A été atteint par une lourde voiture : forte flexion de la colonne vertébrale au moment de l'accident et choc direct vers les os du rachis. On l'apporte à l'hôpital, sans connaissance, à 8 heures du soir.

État actuel. — Mobilité exagérée du tronc au niveau des premières vertèbres lombaires. On dirait qu'il existe entre ces os une véritable énarthrose. De plus, crépitation déterminée par des fragments multiples. — Nous n'insistons pas d'ailleurs sur cette exploration. — Le malade est couché dans une gouttière de Bonnet. On fait un peu d'extension sur les membres inférieurs. —La vessie est pleine. Cathétérisme, pas d'hématurie.

18 *juin*. —Le malade a repris connaissance. Paraplégie. Anesthésie absolue des deux membres inférieurs. Pas de mouvements ni *spontanés*, ni *volontaires*, ni *réflexes*. La vessie et le rectum sont paralysés. — On sonde le malade trois fois par jour. Nourriture légère.

19-20. — Rien de particulier. La température est normale.

21. — Langue sèche, subdélire. Soubresauts des tendons des membres inférieurs. T. 39°. P. 100. Les urines sont un peu chyleuses. — Calomel à doses fractionnées.

22. — Mort à 5 heures du matin.

Autopsie. — Nous trouvons tous les viscères (poumons, foie, reins, cerveau) légèrement congestionnés. — La muqueuse *vésicale* est le siège d'une inflammation franche. Il y a du pus dans la cavité du réservoir.

Examen des vertèbres. Les corps des douzième vertèbre dorsale, première et deuxième lombaires sont le siège d'un véritable écrasement. Les fragments multiples font saillie dans le canal, se pénètrent réciproquement et présentent une disposition qui défie toute description. Toute la partie inférieure de la moelle écrasée est transformée en une véritable bouillie. Enflammée d'ailleurs au-dessus de la lésion, elle est encore altérée dans sa partie terminale, dans les nerfs de la queue de cheval qui sont rouges sur une assez grande étendue, deux sont même séparés de la moelle et tombés dans le

canal rachidien. Celui-ci est rempli de sang. Enfin, l'on peut suivre les traces de l'inflammation sur les racines rachidiennes correspondant à la moelle lésée.

Obs. CLXXV. — *Fracture par écrasement de la colonne vertébrale. Écrasement de la moelle épinière. Mort. Autopsie.* — Rumbot (Jean), cinquante-trois ans, terrassier, entre le 10 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 74. A été pris par un éboulement dans une carrière, pendant qu'il travaillait, le tronc fléchi ; la masse de terre lui est tombée sur le dos. Est apporté à l'hôpital quatre heures après l'accident.

État actuel. — La connaissance existe encore, mais le malade ne répond qu'avec peine. Somnolence. Contusion de la tête. Points douloureux au niveau de la quatrième vertèbre cervicale et à la hauteur de la première et de la seconde lombaire où il existe des fractures avec fragments multiples. Douleur vive de l'épaule gauche. Paraplégie. Anesthésie des membres inférieurs. Paralysie du rectum et de la vessie. La vessie est pleine. Cathétérisme, pas d'hématurie. Turgescence considérable de la verge. Après le cathétérisme véritable érection.

Faciès pâle, pouls fréquent et très petit. Température un peu abaissée, 36°,8. — A 4 heures le malade meurt sans être sorti de son apathie.

Autopsie. — Rien du côté des os du crâne. Le cerveau est un peu congestionné. Léger épanchement sanguin entre la pie-mère et l'arachnoïde. — Les *ligaments vertébraux* ont été fortement tiraillés au niveau des vertèbres cervicales. Pas de fracture pourtant à ce niveau. — Les deux premières *lombaires* au contraire sont littéralement écrasées. La moelle contuse et déchirée est, au-dessous du renflement terminal, rouge et tuméfiée. — Le *col huméral* du côté gauche est fracturé ainsi que l'omoplate correspondante. — Fractures des deux dernières côtes gauches. Épanchement d'un demi-litre de sang dans la plèvre. — Les poumons, le cœur, les reins, le foie et la rate sont normaux.

H. — Clavicule.

Onze observations.

Dans 3 cas les fractures reconnaissent des *causes directes :*

1° Choc de la clavicule contre le montant d'une porte ;
2° Choc de la clavicule contre l'angle d'une marche ;
3° Passage d'une roue d'omnibus sur la clavicule.

Dans 7 cas la fracture s'est produite *indirectement* à la suite de chutes sur le moignon de l'épaule.

Dans 1 cas, le mécanisme est *douteux;* le malade fit une chute de cheval et l'animal tomba ensuite sur lui.

Dans 9 cas, il s'agit de fractures uniques, simples, siégeant à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, présentant entre elles, au point de vue de la symptomatologie, de la marche, de la durée du traitement et de la terminaison les plus grandes analogies. Ainsi sauf deux malades chez lesquels il n'y eut pas de déplacement, les patients présentaient une élévation du fragment interne, un abaissement du fragment externe et un léger chevauchement. La réduction et l'immobilisation furent faciles. Dans 3 cas il suffit de l'écharpe de Mayor; chez les autres patients on dut faire des écharpes plâtrées ou silicatées. La guérison fut obtenue en vingt-cinq ou trente jours, sauf chez un malade qui resta deux mois à l'hôpital; à part 2 cas, le cal était peu volumineux. Le dixième cas a trait à une fracture double (union du quart externe avec les trois quarts internes et partie moyenne). La guérison s'effectua en trente jours, les cals étaient volumineux.

Le onzième cas est tout à fait exceptionnel et particulièrement intéressant : *Fracture de la clavicule à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes; plaie contuse de la paroi antérieure de l'aisselle. Mort subite.* Obs. CLXXXV. — Le malade, âgé de trente-huit ans, avait été renversé par un omnibus, dont la roue lui avait passé sur l'épaule, après avoir contusionné la tête et l'oreille. La plaie à bords contus occupait toute la paroi antérieure de l'aisselle et donnait lieu à une hémorrhagie veineuse abondante. Attrition des parties molles, rupture du grand pectoral. Afin d'obtenir une bonne immobilisation de la fracture et des parties molles, on appliqua un appareil plâtré postérieur, puis l'on mit un drain au fond de la plaie et l'on fit des lavages antiseptiques et un pansement.

Fait curieux, le malade, qui n'était pas enrhumé avant le traumatisme, présenta immédiatement des complications broncho-pulmonaires caractérisées par une toux intense, une expectoration abondante d'abord muco-purulente, puis sanguinolente, des points de côté, des râles dans toute l'éten-

due de la poitrine et de la fièvre. Un traitement actif : ventouses, vésicatoires répétés, potions calmantes, régime tonique, ne put entraver la marche de ces phénomènes. Et *trente-six jours* après l'accident, alors que la plaie était en bonne voie, les eschares s'étant éliminées, le malade mourut subitement, après avoir présenté dans les derniers temps une température de près de 40°.

L'autopsie révéla du côté du thorax des lésions anciennes et récentes. Les premières étaient caractérisées par une masse tuberculeuse, crétacée, du volume d'une aveline occupant le sommet droit. Les secondes étaient constituées par une inflammation intense de la muqueuse de la trachée, des grosses bronches et toutes les divisions bronchiques, de la congestion pulmonaire hypostatique avec deux bases et un épanchement de sérosité rougeâtre, de 1/2 litre, dans la plèvre gauche (côté opposé à la plaie et à la fracture).

L'examen des vaisseaux et du cœur donna l'explication de la mort subite. Il existait dans la veine axillaire droite, au niveau de la plaie, un caillot ancien obturant le calibre du vaisseau et se prolongeant dans la veine sous-clavière. D'autre part il existait, intriqué dans les colonnes musculaires du ventricule droit, un caillot fibrineux qui était le point de départ d'un gros caillot cruorique. Ce dernier s'engageait dans l'artère pulmonaire, se divisait comme elle et se poursuivait jusque dans les divisions de troisième ordre.

Ces faits peuvent être interprétés de deux façons différentes. D'une part on peut admettre que le caillot fibrineux de la veine axillaire est devenu le point de départ d'un embolus, qui, après avoir pénétré dans le ventricule droit, occasionna à son tour l'embolie de l'artère pulmonaire et de ses divisions, c'est l'interprétation qui nous paraît avoir le plus de vraisemblance. Mais d'autre part il n'est pas illogique d'admettre la formation autochtone du caillot fibrineux du ventricule, sous l'influence de l'état général grave dans lequel se trouvait le malade depuis quelques jours et de l'entrave apportée au jeu des poumons par la bronchite et l'épanchement séreux de la plèvre gauche. Quoi qu'il en soit, c'est

bien à ces désordres cardio-vasculaires qu'il faut attribuer la mort et, dans ces conditions, la fracture de la clavicule se trouve tout à fait rejetée au second plan.

Obs. CLXXVI. — *Fracture de la clavicule. Appareil silicaté. Guérison.* — Fougneure (Alexis), vingt-quatre ans, charcutier, se présente à la consultation le 5 mai 1882. Il était debout sur une voiture, lorsqu'en passant sous un porte-banc, il fut violemment heurté à l'épaule droite et tomba en arrière.

État actuel. — Signes classiques de la fracture de la clavicule à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes. Élévation du fragment interne ; abaissement de l'externe, chevauchement : l'épaule est portée en avant. Ecchymose, douleurs. Impuissance fonctionnelle.

Appareil silicaté avec coussin sous le bras et bandes immobilisant tout le membre, sauf la main. — Le malade revient le 22 mai, consolidation ; simple écharpe. Cal peu volumineux.

2 *juin.* — Guérison complète.

Obs. CLXXVII. — *Fracture de la clavicule gauche. Appareil plâtré, Guérison.* — Cheyssel (Lucien), dix-huit ans, serrurier, entre le 26 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 17. La veille, chute sur l'épaule gauche. Douleur vive à la partie supérieure de la poitrine. Impuissance fonctionnelle du bras gauche.

État actuel. — La clavicule gauche s'est fracturée à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes. Le fragment externe est porté au-dessous de l'interne. Léger chevauchement. La tête est un peu inclinée du côté gauche. Le bras de ce côté se meut difficilement. Crépitation manifeste. Ecchymose considérable partant de la partie moyenne du creux sus-claviculaire, et descendant le long de la paroi antérieure du creux axillaire. Pas de troubles de la sensibilité du membre supérieur. Écharpe de Mayor.

2 *août.* — L'écharpe se déplace. — Appareil plâtré.

19. — On enlève l'appareil, consolidation achevée. Cal peu volumineux.

Obs. CLXXVIII. — *Fracture de l'extrémité externe de la clavicule.* — Radièce (Constant), quarante ans, entre le 9 juin 1881, salle Saint-Augustin.

Chute sur le moignon de l'épaule : douleur très vive à 4 centimètres de son extrémité externe de la clavicule. Crépitation profonde lorsque l'on imprime des mouvements au bras. Douleur quand le membre est mis en mouvement. En un mot fracture sans déplacement. — Echarpe de Mayor. Le malade retourne chez lui. Il n'a pas été revu.

Obs. CLXXIX. — *Fracture de l'extrémité externe de la clavicule gau-*

che. Guérison. — Marest (Louis-Félix), trente et un ans, machiniste, entre le 26 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 42. La veille, chute d'une échelle de la hauteur de 3 mètres, sur le côté gauche.

État actuel. — Épaule gauche gonflée sans douleur localisée, excepté à la partie externe de la clavicule où l'on voit une ecchymose bien limitée avec vive douleur à la pression. Pas de crépitation. Rien à l'humérus. — Écharpe de Mayor. Le malade sort le 30.

Obs. CLXXX. — *Fracture de la clavicule. Réduction. Immobilisation des fragments au moyen d'une écharpe plâtrée. Consolidation avec cal saillant.* — Savary (Gaston), quarante-deux ans, employé de magasin, entre le 5 juin 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. Il est tombé du haut d'une échelle sur le bord d'un comptoir. L'épaule droite a porté. Douleur très vive de l'épaule droite. Impuissance fonctionnelle du même côté.

État actuel. — Au niveau de la partie externe de la clavicule, ecchymose et gonflement très marqué. Le moignon de l'épaule est abaissé; le malade soutient le membre droit avec la main gauche. Fracture : saillie des fragments, crépitation, mobilité anormale.

La fracture est transversale; le fragment externe est porté en avant, l'interne en arrière et en haut. — Réduction. Appareil plâtré consistant en une large bande disposée en écharpe de Mayor. Coussin dans l'aisselle.

25 *juillet.* — On enlève l'appareil; la consolidation est obtenue, mais le cal est saillant. On remplace l'appareil plâtré par une simple écharpe de Mayor. — Le 26. Sortie.

Obs. CLXXXI. — *Fracture de la clavicule droite. Contusions multiples. Hématocèle du scrotum. Guérison.* — Léger (Jean), soixante-deux ans, menuisier, entre le 31 décembre 1880. La veille, chute de cheval; le cheval est tombé sur lui.

État actuel. — Fracture de la clavicule droite, à l'union de ses deux tiers internes avec son tiers externe. Le fragment interne fait saillie en haut et en avant. — Contusions multiples du bassin et du thorax. Le malade souffre beaucoup du côté droit de la poitrine au moment des inspirations et de la toux; néanmoins, pas de signes de fracture de côte. Ecchymoses considérables occupant le pli de l'aine, la région du grand trochanter et la fesse gauche. Le scrotum est gonflé et complètement ecchymosé; il y a une hématocèle du scrotum, la quantité de sang épanché est peu considérable.

1er *janvier.* — Appareil silicaté maintenant le bras droit en avant du thorax, la main dirigée vers la clavicule du côté opposé. Un tampon est placé sur le fragment interne pour le comprimer et en maintenir la réduction.

28. — L'appareil est enlevé, la fracture de la clavicule est consolidée sans déplacement, mais il existe un cal assez volumineux.

Les ecchymoses autour du bassin et l'ecchymose qui résulte de l'hématocèle scrotale persistent encore.

7 *février*. — Les ecchymoses sont en grande partie disparues.

Le malade, qui jusque-là n'a pas pu marcher à cause de la douleur qu'il ressentait à la fesse et dans la hanche gauche, commence à se promener. Pas de complication. — 19. Sortie.

Obs. CLXXXII. — *Fracture de la clavicule gauche. Appareil plâtré. Guérison.* — Marsy (Belone), soixante ans, marchand des quatre saisons, entre le 16 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 16. Chute d'un deuxième étage; le moignon de l'épaule gauche a porté sur le sol. Perte de connaissance pendant une heure.

État actuel. — Impossibilité de remuer le bras. Gonflement du moignon de l'épaule. Celle-ci est abaissée et portée en avant. L'avant-bras est fléchi et le malade le soutient avec la main droite.

A l'union du tiers externe de la clavicule, avec les deux tiers internes, point douloureux, crépitation et mobilité anormale démontrant l'existence d'une fracture. Le fragment interne est élevé et l'externe abaissé et porté en arrière. — Compresses résolutives pendant trois jours, puis immobilisation du bras au moyen de bandes circulaires plâtrées.

10 *janvier*. — La consolidation est obtenue. On remplace les bandes plâtrées par des bandes silicatées.

15. — Le malade sort avec son appareil.

Obs. CLXXXIII. — *Fracture de la clavicule au tiers externe. Écharpe de Mayor.* — Arnaud (Jean), cinquante-trois ans, zingueur, entre le 3 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. Chute dans un escalier, la partie supérieure et latérale gauche du thorax a porté sur l'angle d'une marche.

État actuel. — A l'union du tiers externe de la clavicule avec le tiers moyen, ecchymose, légère saillie, douleur vive à la pression, mobilité anormale, crépitation. Le fragment interne est porté en avant et en haut, l'externe est attiré en bas et en arrière. — Coussin dans l'aisselle; pelote sur les fragments; écharpe de Mayor.

17 *novembre*. — Le malade sort avec son appareil.

Obs. CLXXXIV. — *Fracture de l'extrémité externe de la clavicule. Coussin dans l'aisselle. Écharpe plâtrée. Consolidation.* — Auger (Adrien), cuisinier, entre le 2 juin 1882, salle Saint-Augustin, n °4. Chute sur le moignon de l'épaule de la hauteur d'un mètre. Immédiatement douleur très vive au point contus. Impuissance fonctionnelle du bras. Une heure après l'accident, apparition d'une ecchymose.

État actuel. — A l'union des deux tiers internes de la clavicule avec le tiers externe, vive douleur. Fracture avec saillie des fragments.

Le malade soutient son bras avec la main du côté opposé. — Cous-

sin dans l'aisselle et écharpe plâtrée. — Consolidation complète le vingt-septième jour; et le 30 juin, exeat.

Obs. CLXXXV. — *Fracture de la clavicule droite. Plaie contuse de la paroi antérieure de l'aisselle. Mort subite. Autopsie. Caillot au cœur.* — Bouderle (Bernard), trente-huit ans, maréchal ferrant, entre le 2 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 4. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, est renversé dans la soirée du 2 janvier par un omnibus dont une roue, après lui avoir contusionné l'oreille droite et la partie droite de la tête, lui passe sur l'épaule du même côté.

État actuel. — Plaie béante de la région antérieure de l'aisselle obstruée par des plaques d'amadou destinées à arrêter une hémorrhagie veineuse assez abondante. Cette plaie anfractueuse à bords contus va en haut, jusqu'au voisinage de l'articulation scapulo-humérale. Le grand pectoral est rompu, la clavicule fracturée à l'union de son tiers externe avec les deux tiers internes. — Appareil plâtré immobilisant l'épaule et le bras à angle droit. Soulagement immédiat. Douleurs presque nulles. — Drains au fond de la plaie. Pansement phéniqué.

Aussitôt après le traumatisme le malade, qui n'était pas enrhumé, est pris d'une toux intense empêchant le sommeil. Crachats abondants et légèrement purulents. Râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine sans matité : fièvre. T. = 39° et P. = 90.

Les jours suivants, même état bronchique. Cependant le sommeil revient et l'appétit se réveille. Parfois sueurs abondantes surtout le soir et légers frissons. Gonflement du bras.

9 *janvier*. — Le gonflement du bras prenant des proportions un peu inquiétantes, deux mouchetures profondes au bistouri amènent une détente immédiate.

12. — La plaie suppure, ses bords et toute sa surface offrent un aspect gangréneux dû à la contusion. La douleur est presque nulle, l'état général satisfaisant. La bronchite s'est beaucoup améliorée. T. 37°,4. P. 80.

18. — La plaie est détergée, les eschares tombées, la fièvre presque nulle et la bronchite fort diminuée. Néanmoins, le soir, le malade a encore de légers frissons et des bouffées de chaleur bien que la température ne s'élève qu'à 37°,5.

30. — Les frissonnements et les sueurs continuent. La toux a repris, les crachats contiennent une quantité notable de sang rouge, peu altéré. Point de côté à gauche depuis hier; six ventouses scarifiées n'apportent aucun soulagement. Pas de diarrhée.

31. — Vésicatoire au côté gauche. Soulagement.

3 *février*. — On change l'appareil plâtré, devenu trop lâche.

4. — Passage à l'isolement. — Le soir point de côté violent. — Ventouses scarifiées. Potion calmante.

5. — Le malade se trouve mieux, mais il est repris de ses sueurs profuses. A l'auscultation pratiquée jusqu'alors sans résultat on découvre au côté gauche et en bas une diminution du bruit respiratoire. Le reste de la poitrine est plein de râles de bronchite. Crachats purulents. L'appétit est fort diminué, la respiration courte le soir et le malade anxieux. Soif vive. Rien dans les urines.

6 *février.* — Même état. Le soir, le point de côté est plus violent. Respiration anhélante, gémissements continus. P. = 110, régulier. T. = 39°,5. — Vésicatoire. Potion avec : rhum 100 grammes, extrait de quinquina 4 grammes, extrait d'opium 0 gr. 15.

7. — Un peu de soulagement. Mais la respiration est toujours courte. Vers midi, en voulant se soulever pendant qu'on lui apporte le bassin, il dit à la sœur qu'il se trouve bien mal et retombe mort dans son lit.

Autopsie. — *Thorax, plèvres.* A droite une légère adhérence ancienne; à gauche, pas d'adhérences, mais la plèvre contient un demi-litre environ de sérosité rougeâtre. — *Poumons.* Congestion hypostatique aux deux bases. Nulle part d'abcès. Au sommet droit, masse tuberculeuse ancienne crétacée, de la grosseur d'une aveline.

La trachée, les bronches et les divisions bronchiques, présentent les lésions d'une inflammation intense. — *Cœur.* Rien dans la cavité gauche ni dans l'aorte.

A droite, dans le ventricule, on trouve intriqué dans les colonnes un caillot fibrineux qui est le point de départ d'un gros caillot cruorique. Celui-ci s'engage dans l'artère pulmonaire, se divise comme elle en s'effilant et se poursuit jusque dans les divisions de troisième ordre.

Dans la veine axillaire droite, au niveau de la plaie qui, d'ailleurs, était en parfait état de cicatrisation, on trouve un caillot ancien obturant le calibre du vaisseau et se prolongeant dans la sous-clavière.

Obs. CLXXXVI. — *Fracture double de la clavicule. Réduction. Immobilisation. Guérison.* — Lelong (Pierre), quarante-trois ans, mécanicien, entre le 7 octobre 1881, n° 78, salle Saint-Augustin. Chute dans une cave, de la hauteur de huit marches. L'épaule gauche a porté sur le sol.

État actuel. — A l'extrémité externe de la clavicule, tuméfaction notable, teinte violacée de la peau. A la pression, vive douleur à l'union du quart externe de l'os avec les trois quarts internes. En ce point, on trouve une saillie et une dépression anormales. A la partie moyenne de la clavicule deuxième saillie. En ces deux points mobilité et crépitation des plus manifestes. Dans les deux fractures, les fragments les plus externes sont portés en avant et en bas. Mouvements du bras fort douloureux et très difficiles. — Réduction : coussin axillaire; compresses résolutives. Écharpe de Mayor. — Le tren-

tième jour la consolidation est obtenue, mais il existe deux cals très apparents. Sortie le 10 novembre.

I. — Côtes.

Dix-huit observations.

Dans treize cas la fracture est due à un *choc direct :*

Tamponnement par un timon de voiture...........	3
Coup de pied de cheval............................	1
Écrasement par une roue de voiture................	2
Chute d'un lieu, plus ou moins élevé, le thorax portant sur un plan résistant..........................	7

Dans les cinq autres observations le mécanisme est douteux, mais la fracture paraît plutôt être *indirecte :*

Écrasement dans un éboulement....................	2
Chute d'un lieu élevé............................	3

Dans huit cas, le traumatisme a porté son action sur une seule côte :

5e côte gauche, partie antérieure..................	1
5e côte droite, partie moyenne.....................	2
6e côte droite, partie moyenne.....................	1
7e côte droite, partie moyenne.....................	2
8e côte droite, partie antérieure..................	1
8e côte gauche, partie moyenne.....................	1
Total......	8

Dans neuf cas, deux côtes superposées ont été fracturées :

4e et 5e côtes droites, partie antérieure..............	2
5e et 6e côtes gauches, partie moyenne..............	1
6e et 7e côtes droites, partie antérieure.............	1
— — — moyenne..............	1
— côtes gauches, partie moyenne.............	1
7e et 8e côtes gauches, partie moyenne..............	1
9e et 10e côtes droites, partie antérieure.............	1
9e et 10e côtes gauches, partie moyenne............	1
Total......	9

Enfin, dans un cas, une côte fut fracturée de chaque côté du thorax : 7e côte droite, partie moyenne ; et 8e côte gauche, partie antérieure.

Toutes ces fractures furent traitées par le bandage de corps en toile ou en sparadrap.

Comme complications signalons :

1° Emphysème sous-cutané limité........	3 cas.
2° Congestion pulmonaire...............	4
3° Bronchite..........................	1
4° Épanchement pleural.................	1

Ces complications n'entravèrent pas la guérison. L'emphysème disparut en quelques jours, sous l'influence d'une simple compression. La congestion pulmonaire, la bronchite et l'épanchement pleural, cédèrent rapidement, et sans laisser de trace, à l'application de ventouses ou de vésicatoires.

Obs. CLXXXVII. — *Fracture simple de la cinquième côte gauche.* — Lamoureux (Pierre-Philippe), trente-deux ans, carrier, entre le 11 mai 1881, n° 76 *bis*, salle Saint-Augustin. Coup de timon de voiture sur la cinquième côte gauche, à sa partie antérieure.

État actuel. — Fracture de la cinquième côte gauche à l'union de son cinquième antérieur avec ses quatre cinquièmes postérieurs, au niveau de la partie inférieure du péricarde. Déplacement des fragments qui peuvent, par la pression, être écartés l'un de l'autre. Crépitation très nette à la palpation et à l'auscultation. La dyspnée est considérable; le malade accuse en plus une douleur dans la région précordiale et des palpitations. Cependant il n'existe aucun épanchement péricardique ou pleural. — Bandage large de 12 centimètres appliqué autour de la poitrine. Grand soulagement.

14 *mai.* — Le malade demande sa sortie. Il ne souffre presque plus grâce à la bande qui maintient les fragments en rapport.

Obs. CLXXXVIII. — *Fracture de la cinquième côte droite. Plaie de tête. Contusion de la région palpébrale. Bandage compressif. Pansement phéniqué. Guérison.* — Friand (Amédée), cinquante-six ans, cocher aux omnibus, entre le 23 décembre 1881, n° 5, salle Sainte-Marthe.

Il est tombé de la hauteur de son siège, l'omnibus étant arrêté. Le côté droit de la poitrine et la tête ont principalement porté.

État actuel. — Violente douleur au-dessus du mamelon droit. Toux qui exagère cette douleur. Dyspnée extrême à la partie moyenne de la cinquième côte, mobilité anormale et crépitation

perceptible à la palpation et à l'auscultation. La fracture est simple et sans déplacement. — Bandage de corps en diachylon : soulagement immédiat.

17 *janvier*. — Guérison. Sortie.

Obs. CLXXXIX. — *Fracture de la cinquième côte droite. Congestion pulmonaire. Guérison.* — Trappler (Alphonse), quarante ans, garçon de magasin, entre le 5 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Bonne santé habituelle. Pas d'alcoolisme. Le 4 juin, ce malade était dans un cabriolet dont le cheval s'était emporté, il sauta de voiture, tomba sur la tête et roula violemment sur le côté. Il ne perdit pas connaissance, put se relever, et fut transporté immédiatement chez lui. Le lendemain, il entrait à l'hôpital.

État actuel. — Douleur vive au côté droit. En même temps besoin de tousser, mais chaque effort augmente notablement les douleurs.

A la pression, crépitation siégeant à la partie moyenne de la cinquième côte droite. Pas d'ecchymose à ce niveau. La crépitation se sent aussi très bien lorsque l'on fait tousser le malade après avoir appliqué la main à plat sur le siège de la fracture. A l'auscultation, bruit de crépitation osseuse, et à la base du poumon droit et en arrière, nombreux râles sous-crépitants. Crachats sanguinolents. — En outre : petite plaie contuse à l'angle externe du sourcil gauche. Douleur à la pression sur toute la région temporale droite. Pas d'ecchymose, soit à ce niveau, soit dans les conjonctives ou le pharynx. Pas d'épistaxis. Pas d'écoulement par l'oreille. — Bandage de corps. Cinq ventouses scarifiées.

8 *juin*. — La douleur est moindre. Les râles sous-crépitants existent toujours. L'expectoration est moins sanguinolente.

12. — Les râles sous-crépitants ont presque complètement disparu. Le malade ne souffre plus, ne tousse presque plus, ne crache plus de sang. Il demande à sortir. Exeat.

Obs. CXC. — *Fracture de la sixième côte droite. Épanchement pleural. Amélioration.* — Bernier (Gustave), trente-sept ans, journalier, entre le 4 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 8. Le 29 décembre dernier, chute dans un escalier. Le côté droit frappe contre les marches. Douleur vive sur le moment. Il peut néanmoins se relever et transporte deux étages plus haut une caisse vide. Puis tremblement, frissons. Insomnie pendant la première nuit. Pas de toux. Le lendemain 30 : frissonnements, toux. Pas de point de côté, pas de fièvre. Douleur à la toux au niveau du point contus. Pas d'expectoration. — La toux augmente de jour en jour. Dyspnée.

4 *janvier*. — On constate : fracture au niveau de la partie moyenne de la sixième côte droite : crépitation très manifeste lorsque le malade tousse. Signes très nets d'épanchement pleural du côté droit. Pas de fièvre. Bon appétit.

10. — Douleur assez vive pendant les fortes inspirations au niveau du foyer de fracture.

14. — La douleur est beaucoup moindre. Le souffle persiste.

23. — Vésicatoire au niveau du souffle. Amélioration. — Exeat sur sa demande le 26.

Obs. CXCI. — *Fracture de la septième côte droite. Dyspnée intense. Bandage de corps. Guérison.* — Lemonnier (Cyprien), soixante-deux ans, terrassier, entre le 21 septembre 1881, n° 9, salle Sainte-Marthe.

État actuel. — Dyspnée intense, violente douleur dans le côté droit de la poitrine exagérée par la respiration et par la toux. Râles muqueux. A la partie moyenne de la septième côte, fracture avec saillie. Le fragment antérieur est porté en avant et en haut. Mobilité anormale, crépitation. Bandage de corps en toile. — Sirop diacode.

22 *septembre.* — Soulagement : la respiration se fait plus librement, mais quand il tousse, il souffre beaucoup.

30. — Bandage de corps en sparadrap. — Il n'existe plus de râle muqueux dans la poitrine.

24 *octobre.* — La fracture est consolidée. Exeat le 25.

Obs. CXCII. — *Fracture de la septième côte droite. Plaies contuses du front. Guérison.* — Bazin (Jean-Baptiste), soixante et un ans, journalier, entre le 8 mars 1881, n° 5, salle Saint-Augustin. A été tamponné et renversé trois jours auparavant par un omnibus, il en est résulté trois plaies contuses de la région frontale, mettant l'os à nu et ne pouvant être réunies par première intention.

De plus, fracture de la septième côte droite vers sa partie moyenne. Douleur, crépitation, etc. Pas d'hémoptysie. Fièvre les quatre premiers jours. T. = 38°,5.

Le malade se met à tousser et crache abondamment : bronchite simple qui n'existait pas avant le traumatisme. — Potion Todd et kermès. Pansement phéniqué. Bandage de corps en diachylon.

Amélioration rapide. Il reste toujours un point douloureux au niveau de la fracture de côte. Mais la bronchite a disparu et le malade, le jour de sa sortie, le 30 mars, peut être considéré comme guéri.

Obs. CXCIII. — *Fracture de la huitième côte. Plaie de la région iliaque. Contusion de la jambe et de l'épaule droites. Guérison.* — Miler (Nicolas), cinquante-trois ans, charbonnier, entre le 22 mai 1882, n° 74, salle Saint-Augustin. Chute de voiture, puis écrasement de la jambe droite par la roue : la voiture pesait 1,500 kilos. Pas de perte de connaissance, impossibilité de marcher.

État actuel. — La partie supérieure interne de la jambe droite porte la trace de la roue, ecchymose, gonflement et douleur vive. Pas de fracture. Contusion de l'épaule droite qui est très sensible. Ni fracture ni luxation.

Fracture de la huitième côte droite, à l'union du tiers antérieur

avec le tiers moyen; point douloureux, saillie des fragments. — Dyspnée extrême. — Bandage de corps en diachylon.

Enfin, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit, plaie superficielle de 4 centimètres de longueur, à bords très nets. Réunion immédiate avec cinq points de suture métallique.

24 *mai.* — Gêne de plus en plus grande pour respirer, pas d'épanchement pleural.

29. — Le malade est beaucoup mieux; la respiration est plus facile.

30. — L'épanchement sanguin de la jambe diminue sous l'influence de la compression ouatée.

1er *juin.* — Le malade commence à se lever, et le 3 va à Vincennes.

Obs. CXCIV. — *Fracture de la huitième côte gauche à la partie moyenne. Bandage de diachylon. Guérison.* — Brandon (Jean-Baptiste), vingt ans, charretier, entre le 19 mars 1882, n° 12, salle Sainte-Marthe.

Coup de timon de charrette dans la région latérale gauche du thorax. Immédiatement douleurs très vives au niveau du point contus et une demi-heure après dyspnée.

État actuel. — A la partie latérale gauche du thorax, large ecchymose; la main appliquée en ce point perçoit une mobilité anormale et une crépitation excessivement fine. La huitième côte est fracturée à sa partie moyenne; pas de déplacement; pas d'emphysème; pas d'hémoptysie. — Bandage de corps en diachylon : le malade se sent immédiatement soulagé.

Le quatrième jour la respiration est beaucoup plus facile, le malade ne souffre pas. — Le 29. Guérison. Sortie.

Obs. CXCV. — *Fracture des quatrième et cinquième côtes droites à leur tiers inférieur. Emphysème. Compresses résolutives. Bandage de corps. Guérison.* — Leloire (Isidore), cinquante et un ans, garçon marchand de vin, entre le 21 octobre 1881, n° 71, salle Saint-Augustin. Etant ivre, il a été renversé par un fiacre dont les roues lui ont passé sur le côté droit de la poitrine. Immédiatement, douleurs très vives dans la région précordiale, exagérées par la toux, les mouvements du corps et l'inspiration.

État actuel. — Dyspnée; douleur vive au niveau des quatrième et cinquième côtes. Crépitation, perçue à l'auscultation et par la main sur ce point. Les côtes sont fracturées à l'union de leur tiers inférieur avec les deux tiers postérieurs. Les fragments antérieurs font saillie en avant, et les fragments postérieurs sont enfoncés. Sur le même côté, il existe de la tuméfaction et de l'emphysème. Ecchymose peu prononcée au même niveau et en arrière. — Sur la joue droite, petite plaie n'intéressant que la peau et mesurant en longueur deux centimètres et demi. — Bandage compressif et application de compresses résolutives.

Guérison complète au bout de six semaines.

Obs. CXCVI. — *Fracture des quatrième et cinquième côtes droites. Emphysème. Bandage de corps. Guérison.* — Claude (Julien), cinquante-trois ans, charretier entre le 28 décembre 1881, n° 72, salle Saint-Augustin. En descendant de son siège, il est tombé sous la voiture chargée de paniers vides; les deux roues du véhicule lui ont passé sur la poitrine.

État actuel. — Dyspnée extrême, pouls fréquent; face vultueuse et couverte de sueur. Le malade se tient courbé et ne peut se mettre dans la station complètement verticale. A l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs des quatrième et cinquième côtes droites, point douloureux, saillie due aux fragments internes des côtes fracturées, crépitation très nette et rendue encore plus évidente dans les efforts de toux. La main perçoit en même temps une autre crépitation beaucoup plus étendue due à une infiltration d'air dans le tissu cellulaire. Cet emphysème est borné à la portion antérieure et latérale droite de la poitrine. — Bandage de corps contentif.

L'emphysème disparaît le cinquième jour. La guérison est complète le trente et unième jour.

Obs. CXCVII. — *Fracture des cinquième et sixième côtes gauches. Congestion pulmonaire. Guérison.* — Delzaine, quarante-neuf ans, homme de peine, entre le 16 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Alcoolique. Chute de la hauteur d'un premier étage.

Etat actuel. — Fracture des cinquième et sixième côtes gauches à la partie moyenne, la main appliquée sur la partie malade perçoit facilement la crépitation, quand le malade tousse. Congestion pulmonaire du côté gauche. Pas d'hémoptysie. Mouvements respiratoires douloureux. Ventouses scarifiées. — Soulagement.

20. — Le malade tousse et se plaint de ressentir encore un point de côté du côté gauche. A l'auscultation, râles sous-crépitants et souffle, signes non douteux d'une congestion pulmonaire. — Vésicatoire. — Le lendemain amendement sensible des signes pulmonaires. L'oppression a diminué.

26. — Le malade accuse de nouveau un point douloureux du côté gauche au moment où il respire. Application d'un nouveau vésicatoire dont l'effet est des plus efficaces. Soulagement très notable.

30. — L'appétit est revenu, le malade circule dans la salle. Les nuits sont bonnes. Pas de fièvre. — Le 3 février. Guérison. Sortie.

Obs. CXCVIII. — *Fracture des sixième et septième côtes droites dans leur tiers inférieur. Bandage en diachylon. Guérison.* — Lhomeau (Jules), trente-cinq ans, marchand de vin, entre le 30 juillet 1882, n° 5, salle Saint-Augustin. Chute dans une cave de la hauteur de huit marches, le côté droit a porté sur une barrique. Il n'a pas perdu connaissance, mais quand il s'est relevé, il a éprouvé une grande

difficulté à respirer et n'a pu remonter dans sa boutique qu'en se pliant le corps en deux.

Etat actuel. — Dyspnée extrême; douleur très vive dans le côté droit. Il existe au tiers antérieur des sixième et septième côtes droites une ecchymose très accentuée. La pression, en ce point, est très douloureuse, crépitation très étendue : fracture transversale et sans déplacement de la sixième côte. Fracture de la septième côte dont le fragment antérieur est posté en haut et enavant. Souffle et râles sous-crépitants.

Pendant les trois premiers jours, bandage de corps en toile que l'on arrose d'alcool camphré au niveau du point contus. Le quatrième jour, la respiration se fait plus facilement, grand soulagement. — Bandage en diachylon, et le 25 août : exeat avec son bandage.

Obs. CXCIX. — *Fracture des sixième et septième côtes droites. Bandage de corps en diachylon. Guérison.* — Pierlet (Joseph), quarante-trois ans, serrurier, entre le 2 juillet 1882, n° 10, salle Saint-Augustin. Chute d'un premier étage avec un balcon; le côté droit a été fortement contus par les barres du balcon. Aussitôt, douleur aiguë, exagérée par les mouvements respiratoires; dyspnée extrême; marche impossible.

Etat actuel. — Sur la moitié latérale droite du thorax large ecchymose. Au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du grand trochanter du même côté, contusion avec plaie n'intéressant que la peau. Dyspnée extrême, surtout pendant les mouvements respiratoires; quelques filets de sang vermeil dans les crachats; point extrêmement douloureux à la partie moyenne des sixième et septième côtes droites, mobilité anormale, crépitation fine; pas de déplacement. Pas d'emphysème. La fracture est verticale. — Compresses résolutives. Bandage de corps en toile.

3 *juillet.* — Le malade se trouve beaucoup mieux; la respiration, quoique pénible, est cependant plus facile.

4. — Bandage de corps en diachylon. Soulagement.

6. On resserre le bandage. — Exeat.

Obs. CC. — *Fracture de la sixième et de la septième côtes. Bandage de corps en diachylon. Guérison.* — Laurent (Ernest), cinquante-deux ans, charpentier entre le 30 août 1882, n° 29, salle Sainte-Marthe. En courant, il s'est heurté le côté gauche du thorax contre une poutre. Immédiatement douleur très vive au point contus, puis dyspnée.

Etat actuel. — Respiration gênée et entrecoupée. A la partie moyenne des sixième et septième côtes gauches, vive douleur, exagérée par la toux. Ecchymose de 6 centimètres de diamètre. En appliquant la main au point douloureux, on perçoit très nettement une crépitation; plus manifestement encore lorsqu'on fait tousser

le malade. Pas d'emphysème. Bandage de corps en diachylon.

Soulagement immédiat. Peu à peu la dyspnée disparaît. Le huitième jour, respiration libre, et le 25 septembre : guérison. Sortie.

Obs. CCI. — *Fracture de la septième côte droite et de la huitième côte gauche. Contusions multiples. Bandage de diachylon. Guérison.* — Dreart (Jules), cinquante-sept ans, terrassier, entre le 9 août 1881, n° 72, salle Saint-Augustin. La veille, il a été surpris par un éboulement. Retiré au bout d'une demi-heure, il se plaint d'une violente douleur dans la poitrine et d'une très grande difficulté pour respirer.

Etat actuel. — Nombreuses contusions du thorax et des membres inférieurs, notamment de la cuisse droite. Dyspnée intense. A la palpation douleur très vive au niveau de la partie moyenne de la septième côte droite, crépitation manifeste et mobilité anormale. Le fragment externe fait saillie sous la peau. Du côté gauche autre point douloureux; fracture de la huitième côte à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. La crépitation est moins évidente et il y a moins de déplacement que dans la fracture du côté opposé. Les douleurs sont très vives et s'exagèrent pendant l'inspiration et l'expiration. Bandage de corps en diachylon.

Guérison complète au bout de vingt jours.

Obs. CCII. — *Fracture des septième et huitième côtes gauches. Bandage de diachylon. Guérison.* — Etienne Blanquet, quarante-cinq ans, charpentier, entre le 1er novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 73. Chute d'un quatrième étage sur la région thoracique gauche. Perte de connaissance. Transporté à l'hôpital.

Etat actuel. — Fracture des septième et huitième côtes gauches, à la partie moyenne; crépitation très appréciable. Pas d'hémoptysie. La respiration n'est pas gênée. Râles de simple bronchite à l'auscultation. Bandage de diachylon. Soulagement immédiat. Julep morphiné.

Au bout de trois semaines état local et général très satisfaisants.

Obs. CCIII. — *Fracture des neuvième et dixième côtes droites. Emphysème. Bandage de corps. Guérison.* — Lespinas (Louis), trente ans, bijoutier, entre le 2 avril 1881, n° 7 de la salle Saint-Augustin. Étant ivre, il est tombé par une fenêtre du troisième étage. Perte de connaissance, puis pendant cinq heures délire alcoolique.

Etat actuel. — A la partie inférieure et antérieure du thorax, douleur qu'exagèrent la voix et les mouvements respiratoires. Emphysème de toute la partie droite de la poitrine. Au niveau de la neuvième et de la dixième côte, à un centimètre du cartilage, la pression des doigts provoque une douleur aiguë. On constate là de la mobilité anormale, sans déplacement des fragments; crépitation difficile à percevoir, même quand on dit au malade de faire de larges inspirations ou de tousser. — Bandage de corps fortement serré.

10 *avril.* — L'emphysème a presque complètement disparu.

13. — Plus d'emphysème.

25. — On enlève le bandage de corps; et le 29 : exeat.

Obs. CCIV. — *Fractures des neuvième et dixième côtes gauches. Contusion de la cuisse droite. Epanchement sous-tricipital. Guérison.* — Colin (Charles), trente-trois ans, charretier, entre le 9 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22. Coups de pied de cheval sur la partie antérieure de la cuisse droite et sur le côté gauche du thorax.

Etat actuel. — Signes classiques de fracture des neuvième et dixième côtes gauches : saillie des fragments, crépitation, mobilité anormale. A ce niveau contusion produite par le fer du cheval. Pas de complications thoraciques. Le tiers inférieur de la face antérieure de la cuisse droite est notablement augmenté de volume. Coloration normale, aucune trace d'ecchymose. Fluctuation profonde, accusant un épanchement sous-tricipital. Aucune douleur, mais impossibilité de fléchir le genou. Pas de phénomènes généraux; pas de fièvre. Appétit conservé.

10 *janvier.* — Ventouses au niveau de la fracture. — Bandage de corps. Cataplasmes sur la cuisse.

13. — Le malade se trouve bien. Ne ressent plus rien du côté de la fracture. Quant à la cuisse, elle a sensiblement diminué de volume.

20 *janvier.* — La fracture de côtes est guérie. La cuisse ne présente plus qu'un point dur et résistant au niveau de la partie moyenne du droit antérieur. Impossibilité de fléchir la jambe sur la cuisse. État général excellent. — Frictions sur la cuisse avec eau-de-vie camphrée.

28. — Raideur dans la jambe. Cependant la flexion est possible. Grands bains.

30. — La flexion s'accentue de jour en jour. État général aussi satisfaisant que possible. Exeat.

J. — Humérus.

Onze observations.

Neuf de ces fractures ont été produites par des *chocs directs :*

Chutes d'un lieu plus ou moins élevé sur le moignon de l'épaule.......................... 7 cas.
Chocs de l'épaule par un corps solide........... 2 —

Deux ont été produites par *cause indirecte :*

Chutes sur le coude l'avant-bras étant fléchi.

Huit observations ont trait à des fractures du col chirurgical, trois à des fractures de la diaphyse (humérus droit, 4 cas. — humérus gauche, 4 cas);

Fracture à l'union des tiers supérieur et moyen.... 1 cas.
— — des tiers moyen et inférieur..... 2 —

En dehors des signes communs à toutes les fractures, la plupart des observations signalent un raccourcissement de 1 à 3 centimètres dû au déplacement des fragments avec léger chevauchement.

Toutes ces fractures étaient simples. Toutefois dans 2 cas l'épanchement sanguin fut assez considérable pour modifier la marche et le tableau clinique de la fracture. Deux autres observations offrent un intérêt spécial au point de vue du retard ou du défaut de consolidation. Un dernier malade est intéressant par ce fait qu'il se fractura le bras, au même point, à trois reprises différentes. En dehors de ces particularités toutes les fractures guérissent, sans accidents, dans une période de un à deux mois.

Le traitement employé a peu varié ; en règle générale, on a fait pendant quelques jours des applications de compresses résolutives et l'immobilisation provisoire avec l'écharpe de Mayor, afin de combattre les phénomènes inflammatoires. Puis la réduction étant effectuée, on a appliqué un appareil inamovible plâtré ou silicaté. Dans trois cas seulement la réduction fut opérée pendant l'anesthésie chloroformique.

Chez un malade (obs. CCVIII), au lieu de l'appareil plâtré ou silicaté, on appliqua la gouttière métallique lacée du Dr Deslongchamps. (Fract. simple du col chirurgical). La consolidation fut obtenue en trente-six jours. Ce fait démontre que cet appareil maintient la réduction, donne une complète immobilisation et procure la consolidation dans un laps de temps peu considérable.

Revenons aux particularités.

Chez le malade de l'observation CCIX, à la suite d'une chute de la hauteur d'un prémier étage, dans un escalier, sur le moignon de l'épaule, il existait, outre une fracture du

col chirurgical de l'humérus gauche, un épanchement sanguin sous-deltoïdien notable. Le traitement dura soixante-dix-sept jours.

Chez un autre malade, observation CCXIII, qui étant en état d'ivresse tomba de sa voiture sur le pavé. La fracture de la tête humérale s'accompagna de la déchirure d'un gros vaisseau. L'épaule, le bras et l'avant-bras étaient énormément tuméfiés. Une ecchymose occupait toute l'épaule, les faces interne et postérieure du bras, l'aisselle et la paroi interne du thorax. Toutes ces régions étaient le siège de crépitation sanguine.

Enfin l'articulation scapulo-humérale était pleine de sang. On appliqua des cataplasmes sur l'épaule, pendant quelques jours, et l'on se contenta d'immobiliser le membre dans une simple écharpe pendant trois semaines. Puis, lorsque les complications inflammatoires ne furent plus à redouter et que la résorption de l'épanchement permit de faire un diagnostic exact, on fit la réduction de la fracture pendant l'anesthésie et l'on appliqua un appareil silicaté. Malgré ces complications la consolidation était complète et régulière six semaines après l'accident.

Une fracture du col de l'humérus gauche mit trois mois et demi à se consolider chez un homme de soixante ans (obs. CCX). Ce cas ne présentait au point de vue du siège et de la direction de la fracture rien qui le différenciât des cas analogues; d'autre part la réduction était facile et la contention, à l'aide du premier appareil plâtré, était parfaite. Le retard de la consolidation ne peut donc être attribué qu'à l'âge du malade (soixante ans) et à la débilité occasionnée par la misère physiologique; cet homme était chiffonnier.

L'observation CCXV relate un cas de non consolidation terminée par pseudarthrose et qui nécessita l'amputation du bras. Le malade, âgé de vingt-six ans, avait eu en 1878 une fracture comminutive de l'humérus, à l'union des tiers moyen et supérieur. La consolidation ne s'était pas effectuée. Il vint nous trouver, deux ans plus tard, en 1880 et nous constatâmes alors qu'il existait un cal fibreux, de l'ostéite

raréfiante du fragment supérieur et de l'ostéo-myélite centrale du fragment inférieur. Après avoir enlevé les fongosités du canal médullaire, nous fîmes le drainage de l'os, puis la suture des fragments et consécutivement des injections irritantes par le drain afin de modifier la marche de l'ostéite. Cette opération eut de bons résultats, la suppuration se tarit rapidement et la consolidation commença à s'effectuer. Malheureusement, alors que tout allait pour le mieux, le malade fit une chute qui provoqua au niveau de la fracture une violente inflammation suppurative et le travail de consolidation fut détruit. Le malade, épuisé par la souffrance et incapable de faire usage de son membre, nous demanda alors avec instance l'amputation du membre malade. Nous accédâmes à son désir et la coupe du bras amputé nous démontra qu'il existait au niveau de la fracture une véritable pseudarthrose. L'ostéo-myélite qui avait nécessité la première opération était complètement éteinte. Les extrémités des fragments, isolées l'une de l'autre, étaient éburnées et réunies par un manchon fibreux complet qui se continuait avec le périoste. Les suites de l'amputation furent des plus simples et vingt jours après l'opération le malade était complètement guéri.

L'observation CCXIV est intéressante au point de vue de la facilité avec laquelle une fracture s'est reproduite et consolidée à trois reprises différentes, dans un espace de temps très limité. Le patient, âgé de trente et un ans, fit une chute sur le coude, et se fractura l'humérus à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Malgré le chevauchement des fragments, la réduction et l'immobilisation de cette fracture furent faciles. Au bout de deux mois la consolidation était parfaite. Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, le malade reçoit un coup sur le cal de son humérus et la fracture se reproduit; nous appliquâmes un nouvel appareil plâtré. Consolidation rapide. Quinze jours après sa guérison, nouvelle chute sur le coude, nouvelle fracture avec déplacement notable des fragments. Réduction. Appareil plâtré. Au bout de cinq semaines, guérison. En résumé, en l'espace de cinq

mois l'humérus fut fracturé trois fois, sans qu'il en résultât de déformation importante et sans que l'usage du membre fût compromis. Il est certain que l'âge du malade et son bon état général favorisaient ces heureux résultats. Si nous eussions eu affaire à un homme âgé et débilité, la consolidation ne se serait pas effectué dans d'aussi bonnes conditions et nous aurions eu à redouter une pseudarthrose.

Obs. CCV. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus droit. Bandage plâtré. Consolidation.* — Weiner (Théophile), quarante ans, porteur de journaux, entre le 21 juillet 1882, n° 5, salle Sainte-Marthe.

En marchant sur un trottoir, il s'est heurté violemment le moignon de l'épaule droite contre une caisse que portait un homme marchant en sens inverse. Aussitôt douleur très vive; impossibilité de remuer le membre.

Etat actuel. — Vaste ecchymose de toute la partie supérieure et externe du bras droit. Le gonflement dépasse même l'articulation du coude pour envahir l'avant-bras sur une étendue de trois travers de doigt. Le bras est appliqué contre le tronc et soutenu par la main gauche. Mouvements impossibles et excessivement douloureux quand on en provoque. Au niveau du col chirurgical de l'humérus une crépitation des plus nettes souvent dans le mouvement de rotation. Mobilité anormale. L'os est fracturé en ce point; le fragment inférieur fait saillie dans l'aisselle, tandis que le supérieur est porté en dehors sous le deltoïde. Compresses résolutives : écharpe de Mayor.

6 *août.* — Le quatrième jour, le malade est endormi à cause de son indocilité et la réduction est facilement obtenue. On place un coussin d'ouate dans le creux axillaire, une attelle plâtrée maintient l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras et remonte jusqu'au moignon de l'épaule qu'elle embrasse; une deuxième attelle, en forme de ceinture, tient le membre fixé contre le tronc, et enfin une troisième bande passée sous le coude et l'avant-bras remonte en écharpe sur l'épaule gauche.

29. — On enlève l'appareil; la consolidation est parfaite. Exeat.

Obs. CCVI. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus droit. Appareil plâtré. Guérison.* — Tertray (François), trente-neuf ans, plâtrier, entre le 12 juillet 1881, n° 70, salle Saint-Augustin. La veille, chute de la hauteur d'un premier étage sur l'épaule droite : douleur très intense, impuissance du membre.

État actuel. — A la partie antérieure de l'aisselle gonflement très marqué; la moitié supérieure du bras est également gonflée. Ecchymose sur toute la face antéro-interne : mouvements impossibles.

Fracture du col chirurgical de l'humérus reconnaissable à la crépitation, à la mobilité anormale et à la présence d'une saillie dure et anguleuse. Raccourcissement de 1 centimètre.

Réduction. Appareil plâtré : une des attelles est passée en écharpe sous le coude et est croisée sur l'épaule du côté opposé, tandis qu'une large attelle plâtrée embrasse le moignon de l'épaule et entoure la poitrine pour venir se croiser sous l'aisselle gauche.

20 *août.* — On enlève l'appareil ; consolidation.

22. — Immobilisation temporaire du membre avec des bandes. Sortie.

Obs. CCVII. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus droit. Appareil silicaté. Guérison.* — Deniaux (Joseph), vingt-sept ans, homme de peine, entre le 3 octobre 1882, n° 27, salle Sainte-Marthe. Il est tombé d'une hauteur de 2 mètres sur des caisses de bois. Le bras droit a porté. Immédiatement douleurs très vives dans l'épaule ; impossibilité d'opérer des mouvements.

Etat actuel. — Tuméfaction très marquée de l'épaule et de la moitié du bras. Vaste ecchymose occupant presque complètement les téguments qui recouvrent l'omoplate, puis descendant à la face postérieure du bras jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen et débordant les faces interne et externe. Douleurs très vives. En appliquant la main sur l'épaule et en opérant des mouvements, on perçoit de la crépitation. En explorant l'aisselle, on trouve une saillie dure et arrondie formée par la tête humérale qui est entraînée en bas, tandis que le fragment inférieur est porté en haut et vient saillir sous le deltoïde. — Compresses résolutives.

9 *octobre.* — Réduction. Appareil plâtré.

11 *novembre.* — L'appareil plâtré est remplacé par un appareil silicaté.

24. — Consolidation. Raideurs de l'épaule. — Bains, et le 26 : sortie.

Obs. CCVIII. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus droit. Appareil du Dr Deslongchamps. Consolidation.* — Donnay (Cyprien), quarante-cinq ans, tourneur, entre le 2 septembre 1882, n° 8, salle Saint-Augustin. Étant monté sur une chaise, il est tombé à la renverse sur l'épaule droite.

Etat actuel. — Gonflement peu considérable de l'épaule et de la moitié supérieure du bras. Vaste ecchymose de l'épaule et des faces postérieure et interne du bras. Le coude est écarté du tronc, l'avant-bras demi-fléchi est soutenu avec la main du côté opposé, et le membre est impuissant. Quand on appuie sur le moignon de l'épaule ou que l'on cherche à exécuter quelques mouvements, les douleurs sont intolérables. Signes classiques de la fracture du col chirurgical : sous le deltoïde, saillie formée par le fragment inférieur. Crépitation,

mobilité anormale. Raccourcissement de 1 centimètre. — Applications de compresses résolutives. Écharpe après réduction.

5 *septembre.* — Appareil en zinc du Dr Deslongchamps. Il consiste en une sorte de brassard entourant le bras et le moignon de l'épaule : à l'intérieur, il est garni d'ouate; enfin des lacs le maintiennent appliqué contre le membre.

25. — La consolidation est à peu près complète. On applique de nouveau le même appareil. — Exeat.

8 *octobre.* — Le malade revient, la fracture est parfaitement consolidée.

Obs. CCIX. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus gauche. Attelle plâtrée en forme de gouttière embrassant le moignon de l'épaule et la face postérieure du bras et de l'avant-bras. Deuxième attelle plâtrée maintenant le membre fixé contre le tronc. Consolidation.* — Galopier (Henri), vingt-cinq ans, tailleur, entre le 3 mai 1882, n° 4, salle Saint-Augustin. La veille, chute dans un escalier, de la hauteur d'un étage, sur le moignon de l'épaule gauche. Douleurs très vives dans la partie supérieure du bras, impossibilité de remuer le membre supérieur. Une demi-heure après l'accident perte de connaissance pendant dix minutes.

Etat actuel. — Gonflement du moignon de l'épaule gauche et de la moitié supérieure du bras. Ecchymose deltoïdienne. Épanchement au-dessous de ce muscle. Crépitation au niveau du col chirurgical de l'humérus, immobilité de la tête de cet os quand on exécute des mouvements. Dans l'aisselle, saillie produite par le fragment inférieur; sous le deltoïde, saillie du fragment supérieur. La fracture est légèrement oblique. — Écharpe; compresses résolutives.

9 *mars.* — Réduction. Appareil plâtré.

19 *juillet.* — Consolidation. Sortie.

Obs. CCX. — *Fracture du col de l'humérus gauche. Appareil plâtré. Guérison.* — Leclerc (Antoine), chiffonnier, soixante ans, entre le 4 janvier 1882, n° 15, salle Sainte-Marthe. Sujet amaigri et débilité. Il est tombé de sa hauteur sur l'angle d'un trottoir. Le moignon de l'épaule gauche a porté. Aussitôt douleurs très vives dans l'épaule, impuissance du membre, gonflement.

Etat actuel. — Déformation de l'épaule dont le moignon est légèrement aplati. Ecchymose considérable occupant toute la région deltoïdienne, le creux axillaire et le tiers supérieur et postérieur du bras. Léger raccourcissement apparent.

La tête de l'humérus détachée du corps de l'os est appliquée contre la paroi externe de l'aisselle. Un peu au-dessous, on trouve une saillie anguleuse formée par le fragment inférieur qui s'est placé en arrière de la dernière portion du grand pectoral. Crépitation et mobilité des plus évidentes surtout dans les mouvements d'abduction et d'adduc-

tion. — Réduction facile. Compresses résolutives pendant 8 jours, écharpe le neuvième jour. Appareil plâtré.

10 *mars*. — L'appareil est enlevé, mais la consolidation n'est pas parfaite. Nouvel appareil plâtré.

20. — Consolidation. Appareil silicaté; et, le 29, va à Vincennes avec son appareil.

Obs. CCXI. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus. Réduction. Appareil plâtré, puis silicaté. Guérison.* — Dowling (William), cinquante-cinq ans, peintre, entré le 31 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. En descendant d'une échelle, il a glissé et est tombé de la hauteur de 2 mètres sur le moignon de l'épaule gauche. Immédiatement, douleur extrêmement vive dans la région, impuissance du membre. Fourmillement dans tout l'avant-bras, la main et surtout les doigts.

État actuel. — Déformation de l'épaule ; la région deltoïdienne est aplatie en dehors; le coude est écarté du tronc. Ecchymose large et étendue occupant le tiers externe du muscle grand pectoral, tout le creux axillaire et descendant sur la portion postéro-interne du bras jusqu'à l'union de son quart inférieur avec les trois quarts supérieurs. En explorant l'aisselle, on trouve une tumeur dure, résistante, irrégulièrement arrondie, qui n'est autre que la tête humérale. Sous la paroi antérieure du creux axillaire formé par la portion externe du grand pectoral, on trouve une autre tumeur dure du volume d'un petit œuf, formée par le fragment inférieur. Ce fragment est oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Mobilité anormale, crépitation marquée seulement dans les mouvements de rotation. Raccourcissement de 3 centimètres.

2 *août*. — Réduction, le malade étant endormi, appareil plâtré, deux coussins ayant été préalablement placés dans l'aisselle.

30. — La consolidation semble obtenue. Mais on applique de nouveau un appareil silicaté.

9 *septembre*. — Le malade part pour Vincennes avec son appareil.

Obs. CCXII. — *Fracture de la tête de l'humérus gauche avec épanchement sanguin considérable dans l'articulation.* — Sauget (Victor), quarante-trois ans, charretier, entre le 30 avril 1882, n° 35, salle Sainte-Marthe. Alcoolique. Il y a deux jours, étant en état d'ivresse, il est tombé de sa voiture sur le pavé. L'épaule gauche a porté directement.

État actuel. — L'épaule, le bras et l'avant-bras gauche sont déformés par une tuméfaction énorme. Ecchymose considérable occupant toute l'épaule ; les faces interne et postérieure du bras jusqu'au coude, l'aisselle et la paroi interne du thorax. Au toucher toutes ces régions sont dures, résistantes, elles sont le siège d'une crépitation sanguine. L'articulation scapulo-humérale est pleine de sang. Il y a évidemment rupture d'un gros vaisseau : l'épanchement et la tuméfaction empêchent de reconnaître la nature des lésions profondes.

Toutefois en imprimant des mouvements au bras et en tenant l'extrémité supérieure de l'humérus de l'autre, il semble que la tête de cet os soit fracturée. Mobilité anormale. Impuissance fonctionnelle. Douleurs à la pression. L'état général du malade est bon. — Cataplasmes sur l'épaule.

Au bout de quelques jours le malade ne souffre plus dans son bras ou son épaule. Au bout de trois semaines, n'ayant plus à craindre de complications inflammatoires, nous administrons le chloroforme au malade afin d'explorer plus facilement l'articulation et de savoir s'il n'y a pas à la fois fracture de la tête humérale et luxation : simple fracture.

Appareil silicaté maintenant le bras contre la poitrine. Au bout de quinze jours l'appareil est retiré, le malade prend quelques bains sulfureux, et est frictionné avec de l'alcool camphré, afin de combattre la raideur articulaire. — Huit jours après le malade quitte l'hôpital dans un état aussi satisfaisant que possible.

Obs. CCXIII. — *Fracture de l'humérus droit, au tiers inférieur. Appareil plâtré.* — Angenault (Charles), quarante-trois ans, tailleur, entre le 17 janvier 1881, n° 35 *bis*, Salle Sainte-Marthe.

La veille, il a glissé sur le pavé et est tombé sur le coude. Il tenait un parapluie ouvert et avait le coude fléchi à angle droit.

État actuel. — Le bras est légèrement tuméfié jusqu'au niveau de l'insertion du deltoïde ; le gonflement occupe également l'articulation. Ecchymose peu étendue à la partie inférieure et externe du bras. A cinq travers de doigt au-dessus des condyles, saillie anormale et augmentation du diamètre antéro-postérieur. Douleur très marquée à ce niveau, mobilité anormale et crépitation. Le fragment supérieur fait saillie en avant et un peu en dehors, l'inférieur est porté en arrière : raccourcissement de 2 centimètres. — Compresses résolutives.

Le second jour, on réduit facilement la fracture. Appareil plâtré composé d'une gouttière postérieure, étendue de l'épaule jusqu'au poignet. Puis une bande enroulée autour du bras et du thorax achève l'immobilité.

22 *janvier.* — Le malade sort avec son appareil.

Obs. CCXIV. — *Fracture de l'humérus gauche au tiers inférieur. Guérison. Nouvelle fracture au même point à deux reprises différentes. Guérison.* — Jolicorps, trente et un ans, cocher, entre le 25 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Il est tombé du siège de sa voiture à la renverse. Le coude gauche a porté directement sur le pavé.

État actuel. — Sur la pommette gauche, ecchymose et plaie sans importance. L'humérus gauche est le siège d'une fracture oblique d'avant en arrière, siégeant à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Le fragment inférieur est attiré en haut par le muscle triceps, le fragment supérieur n'est pas déplacé. Douleur, impuissance, gon-

flement, déformation. — Réduction. — Coussin dans le creux axillaire. Gouttière plâtrée, recouverte elle-même par des bandes en tarlatane plâtrées qui font le tour du thorax et assurent l'immobilisation.

25 *mai.* — Consolidation aussi parfaite que possible. Le malade se sert bien de son bras, malgré un peu de raideur. Bains sulfureux. — Le malade quitte l'hôpital à la fin mai, et se sert parfaitement de son membre supérieur.

Une quinzaine de jours après, il se présentait de nouveau à la consultation pour fracture au même niveau que la première, occasionnée par un coup qu'il avait reçu à cet endroit. Il ne voulut pas entrer, se fit appliquer un nouvel appareil plâtré, et revint vers la fin de juin pour se le faire enlever. La fractur était complètement consolidée.

Le premier juillet il se présentait de nouveau. Il était tombé sur le coude, et éprouvait une vive douleur à ce niveau. Il lui était impossible de remuer l'avant-bras : augmentation de volume très notable du coude gauche. L'extrémité inférieure du fragment supérieur de l'humérus fait saillie en avant en soulevant un peu au-dessous de l'interligne articulaire la masse du biceps. Le cubitus est porté en arrière, ce qui augmente la saillie de l'olécrane et fait décrire une courbe à concavité postérieure à la face postérieure du bras avec la partie inférieure. Le fragment inférieur de l'humérus regarde en avant. — Cataplasmes pendant trois jours.

2 *juillet.* — Les douleurs sont beaucoup moins vives. Le gonflement a diminué. Réduction : appareil plâtré, immobilisant le coude et l'épaule.

23 *août.* — La fracture est consolidée. L'articulation du coude, bien que très raide, peut encore faire des mouvements assez étendus quoique douloureux. — Bains, frictions avec l'alcool camphré, mouvements.

25. — Exeat, pourra travailler dans une quinzaine de jours.

Obs. CCXV. — *Pseudarthrose de l'humérus. Amputation du bras.* — Valette (A.), vingt-six ans, entre le 7 décembre 1881, n° 20, salle Sainte-Marthe. Il y a trois ans, fracture comminutive de l'humérus à l'union des tiers moyen et supérieur. Défaut de consolidation. L'an dernier, nous avons fait la résection des extrémités des fragments. Il existait un cal fibreux, de l'ostéite raréfiante du fragment supérieur, de l'ostéo-myélite centrale du fragment inférieur. Nous enlevâmes toutes les fongosités du canal médullaire et nous fîmes le drainage de l'os en faisant sortir le drain par la plaie et au voisinage de l'épicondyle. — Suture des fragments. Injections iodées par le drain.

La suppuration se tarit assez rapidement, mais la consolidation ne put être obtenue complètement. Dans les derniers temps, à la suite d'un choc, la fistule qui répondait au foyer de la fracture s'est réou-

verte et est devenue le siège d'une suppuration abondante. Le travail de consolidation partielle obtenue a été détruit. Le malade, qui ne peut faire aucun usage du membre malade et qui en souffre beaucoup, vient à l'hôpital demandant avec instance l'amputation.

État actuel. — Fistule ouverte à la partie antéro-externe du bras à l'union du tiers moyen et supérieur. Un stylet introduit par cette voie pénètre dans l'interstice des deux fragments de l'humérus qui sont durs, rugueux, mats à la percussion. Déformation du bras caractérisée par une tuméfaction fusiforme dont le centre répond à l'ancien foyer de la fracture. Inflammation chronique lardacée des parties molles ; augmentation de volume des os. Mobilité anormale, au même niveau. On peut faire glisser les fragments l'un sur l'autre en différents sens et dans une grande étendue. Impuissance fonctionnelle du membre.

21 *janvier* 1882. — Chloroforme. Amputation du bras à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs, par la méthode circulaire; drain; sutures métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe verticale de l'humérus : les extrémités libres des fragments sont atteints d'éburnation et réunis par un manchon fibreux incomplet qui se continue avec le périoste. L'ostéomyélite qui existait lors de la première opération est complètement éteinte. Le canal médullaire est en partie comblé par un tissu de nouvelle formation.

22. — Bonne nuit : apyrexie. — Ablation des pinces ; pas d'hémorrhagie.

23. — Premier pansement après l'opération. Plaie en bon état. La partie supérieure est déjà en partie réunie. Injections phéniquées. Pansement de Lister.

24. — On retire les cinq sutures supérieures. Réunion parfaite de la partie supérieure de la plaie. Pas de fièvre. État général aussi bon que possible.

27. — Tous les fils sont retirés, la réunion est presque complète, il ne reste que la petite ouverture du drain. Pas de fièvre.

15 *février*. — Guérison absolue.

K. — Fracture des deux os de l'avant-bras.

Trois observations.

Obs. CCXVI. — *Fracture du radius et du cubitus droits au tiers inférieur. Attelle plâtrée. Consolidation.* — Crepel (Auguste), vingt-cinq ans, tourneur en cuivre, entre le 23 juillet 1882, n° 9, salle Sainte-Marthe. La veille, une barre de cuivre de 75 kil. lui est tombée sur la face postérieure de l'avant-bras.

État actuel. — Gonflement considérable des deux tiers inférieurs de l'avant-bras et de la face dorsale de la main. Ecchymose très étendue de la paroi inférieure de l'avant-bras, mais s'arrêtant aux plis du poignet. Épanchement sanguin sous-cutané abondant. La main est fortement fléchie sur l'avant-bras. Les douleurs sont très vives et les mouvements de l'articulation radio-carpienne très pénibles. Crépitation et mobilité anormale des deux os de l'avant-bras à l'union de leur tiers inférieur avec le tiers moyen : fracture transversale. — Compresses résolutives.

30 *juillet.* — Appareil plâtré composé de deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure, maintenues par des bandelettes de diachylon.

20 *août.* — Nouvel appareil plâtré. — Exeat le 26. — Huit jours après, consolidation.

Obs. CCXVII. — *Fracture des deux os de l'avant-bras au tiers inférieur.* — Aussi (Alexandre), quarante-neuf ans, journalier, entre le 2 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. La veille de son entrée, en chargeant un sac assez lourd, le malade fait un faux pas. Son pied glisse et il tombe en portant sa main en avant. Le choc porte sur la paume de la main. En se relevant, il constate qu'il ne peut se servir de la main droite; il lui est impossible de serrer un objet, quoiqu'il puisse assez facilement faire mouvoir les doigts.

État actuel. — Pas de déformation de l'avant-bras. Les deux apophyses styloïdes occupent leur situation normale. Pas d'œdème ; pas d'ecchymose. Douleur assez vive dans la moitié inférieure de l'avant-bras, déterminée surtout en pressant sur un point bien limité situé à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs des deux os. Les mouvements sont assez douloureux. Mobilité anormale. Crépitation. — Appareil de Nélaton.

7 *août.* — Appareil plâtré immobilisant l'articulation du coude et celle du poignet; et le 19 il va à Vincennes.

Obs. CCXVIII. — *Fracture des deux os de l'avant-bras au quart inférieur. Guérison.* — Lafrance (Henri), vingt-huit ans, journalier, entré le 25 novembre 1881. Fracture transversale et sans déplacement des deux os de l'avant-bras à 4 centimètres au-dessus du poignet. Petite plaie insignifiante au bord postérieur de l'avant-bras au même niveau. Appareil plâtré immédiat formant attelle dorsale maintenue par des bandes de diachylon : doigts à demi fléchis.

24 *décembre.* — Consolidation : peu de raideur.

L. — Fracture du radius.

Nous n'avons pas, dans les observations des années 1881-82,

de fractures isolées du cubitus, tandis que les fractures isolées du radius sont au nombre de neuf.

Par *cause directe*, 3 cas :

Avant-bras pris dans une courroie de transmission.....	1
Chute d'un pavé sur l'avant-bras.	1
Chute dans un escalier, sur l'avant-bras...............	1

Par *cause indirecte* 6 cas : chutes sur la paume de la main.

Les seules particularités à signaler sont : une entorse de l'articulation du poignet malade (obs. CCXXII); une plaie transversale, de 4 centimètres, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, la face palmaire du poignet, à 3 centimètres au-dessus du pli articulaire (obs. CCXXIII) et une fracture transversale sans déplacement de la partie moyenne du premier métatarsien (obs. CCXXVII).

Ces accidents n'entravèrent nullement la guérison.

Obs. CCXIX. — *Fracture oblique du radius à la partie moyenne. Petite plaie superficielle n'intéressant que la peau. Appareil plâtré. Guérison.* — Flammery (Charles), dix-sept ans, tourneur en cuivre, entre le 8 février 1882, n° 5 *bis*, salle Sainte-Marthe. Il a eu l'avant-bras pris dans une courroie de transmission. Aussitôt après l'accident, douleur très vive dans tout l'avant-bras, impossibilité de se servir du membre.

État actuel. — Déformation de l'avant-bras dont le tiers moyen est le siège de gonflement. Teinte ecchymotique de la peau au même niveau. L'avant-bras est dans la pronation. Mobilité anormale, crépitation, surtout lorsqu'on veut imprimer des mouvements de pronation et de supination. La fracture siège à la partie moyenne, il y a peu de déplacement. Le trait oblique de haut en bas et de dehors en dedans; le fragment supérieur est porté légèrement en avant. — Compresses résolutives.

10 *février*. — Réduction. Appareil plâtré.

12. — Le malade sort avec son appareil.

Obs. CCXX. — *Fracture du radius au tiers inférieur. Attelles plâtrées.* — Dautrefin (Constant), charretier, cinquante-deux ans, entre le 9 mai 1881, n° 21, salle Sainte-Marthe. Un pavé lui est tombé sur le bord externe de l'avant-bras, du haut d'une voiture. Douleur très vive, tuméfaction et ecchymose.

État actuel. — Gonflement plus notable, large ecchymose étendue du poignet à la moitié de l'avant-bras et occupant le bord externe et

toute la face postérieure. Pas d'autre déformation. Douleurs aiguës quand le malade fait quelques mouvements. En promenant les doigts le long des bords externes des os de l'avant-bras, on ne trouve rien du côté du cubitus, mais à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du radius : petite saillie, douleurs, crépitation et mobilité anormale. — Compresses résolutives. Le lendemain, attelles plâtrées, l'une antérieure et l'autre postérieure. Sortie le 13 mai.

Obs. CCXXI. — *Fracture du radius au tiers inférieur. Attelles plâtrées. Consolidation.* — Geoffroy (Marcelin), vingt-neuf ans, tailleur, entre le 8 juin 1882, n° 7, salle Sainte-Marthe. La veille, il glissa dans un escalier et tomba de la hauteur de six marches sur le côté droit. Aussitôt, violente douleur dans la partie inférieure de l'avant-bras.

Etat actuel. — Ecchymose occupant le côté externe du tiers inférieur de l'avant-bras. Gonflement de cette même région. Mouvements de pronation et de supination douloureux et limités. A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'avant-bras sur le bord antéro-externe, on constate un point très douloureux, une saillie dure produite par les fragments osseux. En ce point, crépitation et mobilité anormale. Le radius est fracturé obliquement ; le fragment supérieur est porté en avant, l'inférieur en arrière et en dehors. — Compresses résolutives.

10 *juin.* — Réduction facile des fragments. Attelles plâtrées.

29. — Consolidation. — Exeat.

Obs. CCXXII. — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius droit. Déformation considérable. Réduction. Guérison.* — Macros (Léonard-Eugène), vingt-huit ans, sculpteur, entre le 21 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Bonne santé habituelle. Pas d'alcoolisme. Le 21 mai, en jouant avec un de ses camarades, le malade tombe, en courant, sur la paume de la main droite. Sensation de craquement dans l'avant-bras, douleur vive au niveau du poignet et engourdissement de toute la main.

Etat actuel. — Déformation notable du poignet. Dos de fourchette très accentué. Main dans l'abduction. L'apophyse styloïde du cubitus est beaucoup plus saillante qu'à l'état normal. Les deux apophyses styloïdes sont au même niveau. Les tendons des deux radiaux externes sont saillants et fortement tendus. Douleur vive à la pression au niveau du radius, à 3 centimètres et demi au-dessus de l'extrémité de l'apophyse styloïde. Douleur également très intense au niveau des ligaments latéraux de l'articulation du poignet, ce qui nous permet de croire que la fracture est accompagnée d'entorse. Les mouvements du poignet sont très douloureux. Pas d'ecchymose. — Compresses d'eau blanche.

22. — Gonflement manifeste de la partie inférieure de l'avant-bras. Compresses d'eau blanche.

23. — Le gonflement a disparu. La réduction est très difficile. Après une tentative inutile, nous sommes obligé d'anesthésier le malade. La réduction peut alors s'effectuer. — Appareil plâtré.

17 *juin*. — Pas de déformation ni de raideur. — Guérison.

Obs. CCXXIII. — *Fracture de la partie inférieure du radius droit. Plaie transversale de la face palmaire du poignet intéressant la peau et le tissu cellulaire. Réduction. Appareil plâtré. Guérison.* — Musse (Louis), cinquante-trois ans, cocher, entre le 28 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 11. Alcoolisme. Le 28 juin, chute de son siège sur la chaussée, la main droite en avant. Vive douleur au poignet.

État actuel. — Le poignet droit est considérablement déformé. Dos de fourchette accentué. La main est portée en masse sur le bord radial, ce qui rend plus saillante l'apophyse styloïde du cubitus. Les apophyses styloïdes du radius et du cubitus sont au même niveau. La douleur est extrêmement vive et continue. A la face palmaire du poignet, plaie transversale située à trois travers de doigt au-dessus du pli qui limite inférieurement le poignet. Cette plaie a 4 centimètres d'étendue et intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ses bords sont peu nets. — En raison des douleurs, cataplasmes autour du poignet; pilule extrait thébaïque 0,05.

29 *juin*. — Le malade n'a pas dormi de la nuit; il a eu des élancements très fréquents dans l'avant-bras et le poignet. On continue les cataplasmes.

30. — Les douleurs sont encore très vives.

1er *juillet*. — Douleurs moindres. Après anesthésie par le chloroforme, réduction de la fracture avec beaucoup d'efforts; appareil plâtré immobilisant l'articulation du poignet et celle du coude, appareil laissant libre la face antérieure de l'avant-bras. Pansement au vin aromatique.

25. — La consolidation est parfaite. Les mouvements de l'articulation du poignet sont libres. La plaie est presque cicatrisée. Va à Vincennes le 29 juillet.

Obs. CCXXIV. — *Fracture du radius à 2 centimètres et demi de l'apophyse styloïde. Immobilisation au moyen de compresses graduées et de deux attelles de bois.* — Vinson (Victor), trente et un ans, camionneur, entre le 14 février 1881, au n° 9 de la salle Sainte-Marthe. Le matin, en descendant de sa voiture, il est tombé sur les mains. Aussitôt il a éprouvé dans l'avant-bras droit une douleur très vive. Dans la journée, la partie inférieure de l'avant-bras s'est tuméfiée.

État actuel. — Le tiers inférieur de l'avant-bras est le siège d'un gonflement notable. Ecchymose étendue de la partie moyenne jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'articulation radio-carpienne. Mouvements de pronation et de supination impossibles. A 3 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du radius, saillie dure, puis légère

dépression. En ce point, douleur très vive. Crépitation et mobilité anormale. Le fragment inférieur fait saillie en dehors et un peu en arrière. Déformation en dos de fourchette. — Compresses résolutives pendant cinq jours.

Le sixième jour, le gonflement étant bien diminué; réduction; appareil de Nélaton.

19 *février*. — Le malade sort avec son appareil.

8 *mars*. — Consolidation satisfaisante.

Obs. CCXXV. — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche. Réduction. Attelles plâtrées. Guérison.* — Toupet (Adrien), vingt-trois ans, graveur, entre le 28 octobre 1881, n° 11, salle Sainte-Marthe. Marchant très vite, il a heurté la pointe du pied contre un gros pavé et il est tombé en portant instinctivement les mains en avant.

Etat actuel. — Déformation en dos de fourchette. Crépitation et mobilité anormale. Le fragment inférieur est attiré en arrière et chevauche sur le supérieur, qui est porté en arrière et en dedans. Les mouvements de supination et de pronation sont impossibles.

La fracture est facilement réduite. Attelles plâtrées, postérieure et antérieure, maintenues par des bandelettes de diachylon.

19 *novembre*. — Les deux fragments sont encore mobiles. — Nouvelles attelles plâtrées.

28. — Consolidation sans déformation. — Exeat.

Obs. CCXXVI. — *Fracture de l'extrémité inférieure des deux radius. Attelles plâtrées. Guérison.* — Forjean (Anatole), dix-neuf ans, maçon, entre le 5 juillet 1882, n° 18, salle Sainte-Marthe. Chute d'une échelle de la hauteur de sept échelons ; il est tombé sur le pavé, les deux mains en avant. Immédiatement, douleurs vives au niveau des deux poignets, mouvements très pénibles, gonflement, apparition d'une ecchymose du côté du poignet droit.

État actuel. — Les deux poignets présentent une déformation caractéristique en dos de fourchette, mais cette déformation est plus marquée à droite qu'à gauche ; les mains sont dans l'abduction ; les tendons des muscles radiaux font saillie principalement du côté droit. A 2 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, point très douloureux; crépitation, pas de mobilité anormale. Du côté droit, la crépitation est beaucoup plus nette, mais il n'existe pas de mobilité. Les radius sont fracturés transversalement et de la même façon des deux côtés.

On réduit facilement les deux fractures. — Attelles plâtrées. Sortie le 11 juillet. Consolidation le 30 juillet.

Obs. CCXXVII. — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius droit et du premier métatarsien du même côté. Guérison.* — Guillian (Narcisse), vingt-six ans, marchand de bouteilles. Entré le 16 juin 1882, salle

Sainte-Marthe, n° 12. Ce malade est tombé d'un premier étage dans la rue. Il se plaint surtout du poignet et du pied droits.

État actuel. — Légère déformation du poignet en dos de fourchette, abduction de la main, saillie de l'apophyse styloïde du cubitus, de plus, les deux apophyses styloïdes sont au même niveau : douleur vive à 3 centimètres au-dessus de l'extrémité libre de l'apophyse styloïde du radius. Mouvements peu douloureux. Pied droit tuméfié, endolori, sans ecchymose. La pression est douloureuse sur la face dorsale et surtout au niveau du bord interne vers la partie médiane du premier métatarsien. A ce niveau, mobilité anormale et crépitation. — Compresses d'eau-de-vie camphrée sur le pied : à l'avant-bras, après avoir fait la réduction, nous appliquons un appareil plâtré le 17 juin.

2? *juin.* — Le malade est renvoyé pour insubordination.

M. — Métacarpiens.

Obs. CCXXVIII. — *Fracture du troisième métacarpien droit. Guérison.* — Ollivier (Emile), dix-huit ans, couvreur; entré le 10 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 35. Le 10 juillet, un compteur à eau qu'il était en train de poser perd son équilibre et lui tombe sur la main droite. Douleur vive, enflure considérable.

État actuel. — Œdème notable du dos de la main droite. Pas d'ecchymose. Douleur diffuse de la face dorsale de la main, mais vive surtout en un point correspondant à la partie moyenne du troisième métacarpien. En ce point, avec assez de difficultés on reconnaît de la crépitation. Les autres métacarpiens sont indemnes. Pas de plaie. La mobilité anormale est très difficile à percevoir au niveau du point fracturé. Le malade n'a pas de force dans la main droite ; il ne peut pas la fermer, et c'est avec difficulté qu'il étend les doigts. Attelle sous la face palmaire de la main et du poignet, maintenue par des bandes de diachylon. Compresses d'eau-de-vie camphrée sur la face dorsale. Pendant les quatre premiers jours le malade souffrit beaucoup de ses mains. Puis les douleurs diminuèrent rapidement

23. — Vers la partie moyenne du troisième métatarsien est une tuméfaction osseuse indiquant le travail du cal. Le malade commence à pouvoir se servir de sa main ; dans peu de jours, il pourra reprendre ses occupations. Exeat.

Obs. CCXXIX. — *Fracture du cinquième métacarpien droit.* — Cocher, trente et un ans, mécanicien, 23 mai 1882 (externe). Le 22 mai, à 7 heures du soir, il est tombé de sa hauteur sur le trottoir, les mains en avant. Vive douleur ; ne peut se servir de sa main.

État actuel. — Fracture de la partie moyenne du cinquième méta-

carpien. Crépitation; le déplacement, facile à réduire d'ailleurs, est considérable. Ecchymose et douleur extrême au niveau de la fracture.

24 *mai.* — Nous appliquons deux petites attelles avec une compresse graduée. Celle-ci est mise au niveau de l'espace qui sépare le quatrième du cinquième métacarpien, de façon à éviter toute adhérence anormale.

2 *juin.* — L'os se consolide dans une bonne situation. L'appareil reste encore quinze jours.

N. — Bassin.

Nous avons déjà signalé à propos des fractures multiples (voir précédemment) trois fractures du bassin (obs. CXLVII, CLII et CLIII). Nous trouvons encore, parmi les fractures isolées, deux observations.

L'un des malades (obs. CCXXX), en roulant dans un escalier de la hauteur de trente marches, se fractura l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. La fracture était reconnaissable à la mobilité anormale et à la crépitation. Après quelques semaines de repos, le malade quitta l'hôpital.

Le second patient (obs. CCXXXI) fit, du deuxième étage, une chute dans laquelle le côté postérieur gauche porta sur le brancard d'une voiture. Les symptômes observés furent : des contusions multiples, le décubitus dorsal; l'immobilisation des membres dans la crainte de la douleur, sans paralysie et sans anesthésie ; des douleurs vives à la pression ; dans les lombes, l'abdomen, le bassin, le membre inférieur gauche, de la rétention d'urine et de la constipation.

Il n'existait pas de fractures des os des membres, ni des autres pièces du squelette faciles à explorer (crâne, rachis, cage thoracique), et nous ne pûmes trouver ni mobilité anormale ni crépitation du bassin. Néanmoins, nous pensâmes qu'il existait une fracture de la moitié postérieure de l'os iliaque gauche avec épanchement sanguin profond, et voici sur quelles données nous basions cette hypothèse. L'exploration de la moitié gauche du bassin et la pression exercée sur les épines iliaques antérieures arrachaient des cris au malade, qui accusait alors de vives douleurs vers l'articula-

tion sacro-iliaque gauche et dans les aines. Le membre inférieur gauche, bien que n'étant pas paralysé, fut maintenu longtemps par le malade dans l'immobilité la plus complète, avec abduction et rotation au dehors, flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, c'est-à-dire dans une position favorable au relâchement musculaire. Les jours qui suivirent l'accident, apparurent à la partie postérieure gauche du bassin et à la partie déclive du scrotum des ecchymoses, sans rapport avec les contusions produites au moment de l'accident. (Nous avons déjà attiré l'attention sur les ecchymoses scrotales dans le cas de fracture du bassin : voir les considérations générales sur les fractures multiples.) Enfin, après l'amendement de la plupart des symptômes, persistèrent une douleur névralgique dans la fesse, des douleurs inguinales et de l'impotence du membre inférieur gauche, avec abduction. Cette impotence du membre inférieur gauche n'était pas encore complètement disparue deux mois après l'accident lorsque le malade quitta l'hôpital.

Obs. CCXXX. — *Fracture de l'épine iliaque gauche.* — Viaud (Edouard), cinquante-cinq ans, peintre; entré le 3 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Le 2 avril, chute dans les escaliers, il roule sur une longueur de trente marches. Ne peut se relever, ni marcher, ni appuyer son pied par terre. Douleur extrêmement vive à la hanche gauche.

État actuel. — Mobilité anormale et crépitation au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Pas d'ecchymose. Pas de signes de fracture du col du fémur. Le malade se plaint de souffrir beaucoup au niveau du sacrum et à gauche. — Cinq ventouses scarifiées à ce niveau.

4 avril. — La douleur au niveau du sacrum a disparu.

11. — Depuis son entrée à l'hôpital le malade n'a pu aller une seule fois à la selle. Il n'avait pas de constipation auparavant. — Lavement purgatif.

13. — Douleur dans la fosse iliaque gauche.

19. — Le malade se plaint toujours de la région sacrée. La douleur au niveau de l'épine iliaque gauche est moindre. La cuisse gauche peut être fléchie et étendue sans efforts et sans douleur. — Constipation opiniâtre. Lavement purgatif.

26. — Le malade peut se lever pendant une demi-heure. Il marche avec des béquilles. La douleur est beaucoup moindre.

1er *mai.* — Le malade peut rester debout et marcher pendant une partie de la soirée. Il ne souffre que très peu.

6. — Exéat. La marche est peu douloureuse, et se fait avec un bâton.

Obs. CCXXXI. — *Fracture du bassin. Névralgie sciatique. Guérison.* — Vinter (Nicolas), quarante-quatre ans, journalier; entre le 1er août 1881, n° 33, salle Sainte-Marthe. Ayant voulu rentrer par la fenêtre de son logement en passant par le toit, il est tombé du deuxième étage sur le dos. Dans la chute le côté gauche surtout a porté sur un brancard de voiture. Impossibilité de se relever, pas de perte de connaissance.

État actuel. — Décubitus dorsal, plaintes bruyantes dès qu'on le touche. Il n'y a nulle part ni anesthésie ni paralysie. Le bras gauche est presque inerte, mais le malade peut le remuer. Contusions et douleurs multiples de tout le côté gauche. Douleurs vives à la pression dans tout le ventre, dans le bassin, dans le membre inférieur gauche qu'il ne peut mouvoir spontanément mais qu'il maintient dans la position où on le met. Symptômes beaucoup moins marqués à droite. Douleurs sur toute la région lombaire. Pas de déformation de la colonne vertébrale. Rétention d'urine nécessitant le cathétérisme, pas d'hématurie.

Les deux membres inférieurs sont dans la rotation externe et tous les deux rappellent la fracture du col du fémur. Celle-ci n'existe certainement pas à droite, à gauche l'exploration est rendue absolument impossible par les cris et l'indocilité du malade. Au moindre mouvement imprimé au membre il se plaint surtout vivement dans les deux aines. Pas de météorisme, pas de vomissements, pas de pertes des matières. Opium 0 gr. 10, repos au lit, cathétérisme.

2 *août.* — Le lendemain, la situation a peu changé, des ecchymoses nombreuses sont apparues sur tout le côté gauche et en arrière. Aux bourses, à la partie médiane la plus déclive, il en existe une isolée; arrondie, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, indolore, l'exploration la plus attentive ne peut permettre de croire qu'elle soit directe, due à un coup sur les bourses. Les autres symptômes sont les mêmes, et toute exploration vers les cavités cotyloïdes et le bassin est impossible.

3. — On continue toujours le cathétérisme. L'ecchymose scrotale s'accentue en conservant ses caractères; pas de mouvements anormaux dans le bassin. Purgation contre la constipation. Deux selles normales.

10. — On peut maintenant explorer, sans arracher trop de plaintes au patient. Il n'y a aucune fracture du fémur gauche, néanmoins le membre est toujours dans l'inertie la plus absolue, la cuisse fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse et le tout reposant dans l'abduction sur le lit. Les mouvements provoqués re-

tentissent toujours douloureusement dans les deux aines et vers l'articulation sacro-iliaque gauche. Il semble que la douleur soit surtout vive dans l'aine vers le trajet du cordon. Les mouvements du bras sont entièrement revenus; l'appétit commence à peine. Tous les soirs T=38°,2 environ. Le malade a uriné seul quatre jours après l'accident.

12. — Tous les phénomènes douloureux commencent à s'apaiser, à l'exception d'une douleur dans la fesse gauche et dans tout le membre inférieur qui maintenant se dégage et reste presque seule. Tous les symptômes permettent de reconnaître qu'elle siège exactement sur le trajet du sciatique (névrite due probablement au sang épanché dans le bassin, dans la gaine du plexus sacré, plutôt que du sciatique seul). L'ecchymose scrotale est très effacée, mais est toujours restée isolée.

20. — L'état général est meilleur, la douleur aux aines a bien diminué; elle est encore provoquée cependant par la pression sur les épines iliaques; mais la sciatique persiste plus intense que jamais et empêche même souvent le sommeil. Le membre inférieur gauche est toujours impotent et dans une abduction très prononcée; à peine peut-on le ramener dans la rectitude: ce faisant, le malade se plaint de douleurs dans le jarret et dans le pied; mais il ne souffre pas ou très peu à la hanche. Il ne peut tout seul mettre le membre dans la rectitude. Beaucoup d'ecchymoses sont effacées, la scrotale entre autres. — Trois vésicatoires sont appliqués sur le trajet du sciatique.

22. — Soulagement marqué dû aux vésicatoires. Les mouvements commencent à revenir à gauche; l'état général est satisfaisant.

30. — Nouveaux vésicatoires, la douleur a beaucoup diminué; le malade rapproche le genou gauche du droit au moyen de coussins. Quant à la jambe droite, huit jours à peine après l'accident elle avait repris tous ses mouvements.

8 *septembre*. — Le mieux continue et les mouvements reviennent en partie à gauche. — Bains sulfureux.

20. — Le malade s'est levé depuis huit jours quelques instants seulement accompagné d'un aide, aujourd'hui il reste plusieurs heures levé et marche avec des béquilles; mais il s'appuie à peine sur la jambe gauche.

25. — Le malade s'est levé tous les jours, mais sa jambe gauche est toujours restée beaucoup plus faible et il ose à peine s'appuyer sur elle. Dans la station debout, elle se met facilement dans la position normale; mais au lit il est pénible au malade de la mettre parallèle au membre droit.

La mensuration donne à la partie moyenne de la cuisse et du mollet un centimètre de moins à gauche qu'à droite. Il y a au contraire un centimètre de plus au genou gauche qu'au genou droit. Les douleurs sont presque entièrement disparues. Quand la sta-

tion debout a été un peu longue il y a un léger œdème à gauche; la nutrition de la peau y semble aussi un peu plus languissante que du côté opposé. Le malade marche tous les jours de plus en plus avec des béquilles. Il peut se tenir debout sans soutien : il ne souffre plus que très peu au pied, qui est encore un peu raide. — Exeat le 30 septembre 1881.

O. — Fémur.

Seize observations.

Les malades sont rarement capables de donner des renseignements qui puissent éclairer sur le mécanisme de leur fracture ; en nous en tenant aux probabilités, toutes ces fractures sont de causes directes :

Chute d'un lieu élevé sur la hanche de la cuisse...	6 cas.
Chute d'un véhicule en marche (train, tramway), sur la hanche ou la cuisse..........................	2 —
Contusion de la cuisse par un fût de 350 kil.........	1 —
Écrasement de la cuisse par un lourd véhicule.....	6 —

Au point de vue du siège, ces 16 cas peuvent se répartir de la façon suivante :

Fractures du col (5 cas)	intra-capsulaire..........................	1
	extra-capsulaire..........................	4
Fractures du corps (10 cas)	du tiers supérieur........................	3
	du tiers inférieur........................	5
	sus-condylienne..........................	1
	sus-condylienne et inter-condylienne	1
Fracture de l'extrémité inférieure inter-condylienne...........		1

La fracture intracapsulaire (obs. CCXXII) survint chez un homme de trente et un ans qui présentait des déformations osseuses rachitiques importantes : cyphose lombaire, courbure des fémurs et des tibias, pieds-bots valgus. Ce malade ne pouvait faire usage de son membre inférieur gauche et marchait avec des béquilles. Dans cet état, en descendant d'un train, il tomba à la renverse, la jambe malade prise sous lui, et ne put se relever. La fracture du col s'accompagnait d'un raccourcissement de 4 centimètres. On fit la réduction et l'on immobilisa le membre à l'aide d'un ap-

pareil plâtré. La consolidation fut complète et parfaite au bout de deux mois. Le rachitisme, qui avait débuté chez ce sujet dans l'enfance (à l'âge de huit mois), avait évidemment terminé son évolution au moment de l'accident. La consolidation s'effectua en effet, comme dans la moyenne des cas, en l'espace de soixante jours, ce que l'on n'eût certainement pas observé si les troubles de nutrition des os eussent persisté.

Trois fractures extra-capsulaires du col, en dehors des signes propres à ces sortes de fractures, s'accompagnent de raccourcissement de 2 à 4 centimètres.

Une quatrième fracture, de même ordre, était sans déplacement et, par suite, sans raccourcissement. Cette dernière se consolida régulièrement en sept semaines, grâce à l'immobilisation obtenue à l'aide d'un appareil plâtré.

Un autre malade resta soixante-deux jours sur un plan incliné, puis fut mis dans un appareil dextriné. La consolidation fut obtenue en deux mois et demi avec 1 centimètre de raccourcissement.

Chez les deux derniers malades, nous ne constatâmes pas d'aussi bons résultats. L'un d'eux, âgé de cinquante-sept ans, après être resté six semaines dans l'appareil américain, voulut à tout prix quitter l'hôpital avant que la consolidation fût complète.

L'autre, une femme de soixante-douze ans, resta pendant deux mois et demi à l'hôpital, traitée seulement par le repos et l'immobilité. Au moment de sa sortie, elle pouvait mouvoir son membre, mais il lui était impossible de se tenir debout sans béquilles.

La plupart des fractures du corps du fémur étaient simples et, malgré un chevauchement des fragments le plus souvent considérable, guérirent après réduction et immobilisation, sans raccourcissement ou avec un raccourcissement de 1 à 2 centimètres, en des périodes variant de un mois et demi à trois mois et demi.

Les moyens de contention employés furent : l'appareil américain (3 cas), l'appareil plâtré (2 cas). Dans deux cas,

on eut recours successivement à la gouttière métallique, à l'appareil américain, puis au plâtre. Dans un autre cas, on mit d'abord un plâtre, puis un silicate.

L'observation CCXLVII (fracture simple de la partie moyenne du fémur chez un enfant de dix mois) est intéressante au point de vue du retard apporté à la consolidation par un mauvais état général (diarrhée et alimentation difficile). Deux appareils de Scultet appliqués successivement en l'espace de six semaines à l'hôpital Sainte-Eugénie n'avaient donné aucun résultat. Nous fîmes alors autour de la cuisse une cuirasse de bandes de diachylon, et nous appliquâmes un appareil plâtré donnant une immobilisation absolue. Les souffrances et la diarrhée cessèrent à ce moment, et en vingt-cinq jours nous obtînmes une consolidation parfaite et sans raccourcissement.

Les fractures sus-condyliennes et intercondyliennes présentent toutes un intérêt particulier, en raison soit de leur disposition, soit de leur gravité, soit de leurs complications.

Un homme de quarante ans (obs. CCXLIV) eut la partie inférieure de la cuisse écrasée par un tombereau ; il en résulta une fracture sus-condylienne, avec chevauchement et raccourcissement considérable. Le fragment inférieur renversé en arrière faisait dans le creux poplité une saillie très appréciable. (Nous retrouvons la même disposition dans l'observation suivante.) Après réduction, le membre fut placé dans un appareil de Scultet; mais au bout de huit jours, s'ouvrit à la partie externe et inférieure de la cuisse un abcès communiquant avec le foyer de la fracture. Nous fîmes alors des contre-ouvertures et un drainage, puis nous immobilisâmes le membre dans un appareil plâtré qui laissait la plaie à découvert. Grâce à ces précautions et à une surveillance assidue, la suppuration se tarit au bout de vingt jours et la consolidation fut obtenue au bout de trois mois et trois semaines. Il ne restait comme trace de l'accident qu'un cal un peu exubérant et un raccourcissement de 2 centimètres.

Dans l'observation CCXLV, la fracture, à la fois sus et intercondylienne, fut produite par la chute d'un fût de 350 kil.

sur la partie inférieure de la cuisse. Ici encore nous retrouvons le chevauchement, la saillie du fragment inférieur dans le creux poplité et un raccourcissement de 11 centimètres. Il existait, en outre, à la face interne du genou une plaie superficielle. Nous plaçâmes le membre dans une gouttière, puis dans un appareil de Scultet, en faisant de l'extension et de la contre-extension. Au bout de quatorze jours le raccourcissement n'était plus que de 2 centimètres. Après réduction, nous appliquâmes alors un appareil plâtré et nous eûmes le bonheur d'obtenir la consolidation en trois mois et demi avec un raccourcissement de 1 centimètre et demi seulement. Comme suite de la fracture intercondylienne, persistait de la raideur du genou.

Dans un seul cas (obs. CCXLVI) le traumatisme, d'une gravité exceptionnelle, entraîna la mort. Il s'agit d'un garçon de onze ans qui eut le genou broyé par la roue d'un lourd chariot. L'extrémité condylienne du fémur était divisée en quatre fragments, les cartilages semi-lunaires du tibia étaient décollés, de sorte que l'articulation du genou, remplie de sang, de morceaux d'os et de cartilage, donnait la sensation d'un *sac de noix*. En outre, les muscles et les autres parties molles voisines de l'article étaient réduits en bouillie. Il existait enfin une grave plaie contuse de la jambe. Le malade, très déprimé, avait une fièvre intense. En présence de pareils désordres, nous n'hésitâmes pas à faire dès le lendemain de l'accident l'amputation de la cuisse au-dessous de la partie moyenne. Les jours suivants, tout marcha pour le mieux, la température s'abaissa immédiatement, et malgré le défaut de réunion par première intention, malgré le peu de vitalité du moignon, nous pûmes pendant quinze jours espérer la guérison. Mais à ce moment la plaie prit un mauvais aspect, la suppuration se ralentit, la fièvre augmenta, l'état général s'aggrava progressivement, malgré nos soins, et vingt-trois jours après l'amputation le petit malade succomba à l'infection purulente. L'autopsie démontra que le foie et la rate étaient littéralement farcis d'abcès métastatiques; les reins étaient anémiés, les poumons congestionnés et,

chose curieuse, nous ne trouvâmes pas de pus dans les veines du moignon.

A propos de cette observation, nous rappelons que dans les grands traumatismes portant sur les articulations, nous sommes partisan de l'amputation faite de bonne heure.

Cette opération radicale est, dans la plupart des cas, le seul moyen de sauver la vie du malade. L'expérience nous a en effet démontré qu'il est périlleux de les abandonner aux chances d'un processus réparateur. L'arthrite suraiguë, la suppuration prolongée, l'infection purulente, sont des accidents tellement imminents et tellement redoutables, qu'il serait coupable de les affronter dans le but de procurer au malade le bénéfice souvent illusoire de la conservation du membre, ce membre étant le plus souvent incapable de rendre le moindre service après la guérison.

L'une des précautions principales à observer, quand l'amputation est décidée, est de la faire assez loin du point où l'agent traumatique a porté son action. En effet, d'une part, il est habituel de trouver les parties molles réduites en bouillie à une hauteur beaucoup plus considérable qu'on serait tenté de le supposer; d'autre part, il semble que même les tissus sains d'apparence ont été frappés d'une sorte de stupeur et ont perdu leur vitalité jusqu'à une distance assez éloignée du traumatisme, et que ces tissus ont de la tendance à fournir des produits septiques, dont l'absorption entraîne des accidents tardifs.

Tel a été le cas de notre malade. Malgré les précautions qui ont présidé à l'opération et aux soins consécutifs, la vitalité du moignon était trop faible pour effectuer le travail de réunion par première intention. Plus tard, les parties qui entraient dans la formation de ce moignon ont engendré des produits infectieux qui, résorbés, sont devenus le point de départ d'abcès métastatiques de la rate et du foie.

Obs. CCXXXII. — *Fracture intra-capsulaire du col du fémur gauche chez un rachitique. Appareil plâtré. Guérison.* — Frélich (Francis-Alphonse), journalier, trente et un ans, entre le 25 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. A l'âge de 8 mois, rachitisme. Il en est résulté une

cyphose lombaire assez marquée, une exagération de la courbure des deux fémurs, une courbure à concavité externe des tibias et des pieds bots valgus. Il n'a jamais pu se servir de sa jambe gauche, à peine s'il pouvait s'appuyer dessus quand il était fatigué. A l'hôpital Sainte-Eugénie on essaya sans résultat l'électricité. Le membre de ce côté était anesthésié ; l'électricité ramena la sensibilité, mais ne l'empêcha pas de rester inutile et même gênant. Béquilles. En descendant de chemin de fer, il y a quatre jours, il est tombé à la renverse, sa jambe malade prise sous lui. Il ne croit pas être tombé sur le côté. Douleur, impotence plus grande que jamais.

État actuel. — Fracture du col du fémur gauche, raccourcissement de 4 centimètres. Le grand trochanter est mobile avec le fémur; crépitation rare, douleur vive. Il semble que la fracture soit intracapsulaire. — Appareil plâtré : grande ceinture englobant le bassin et attenant à une gouttière qui tient tout le membre dans une bonne position. Repos horizontal.

L'appareil est bien supporté. On l'enlève le 16 *septembre*. La consolidation est complète. Le lendemain, après un bain sulfureux, le malade essaye de se lever, mais sa jambe malade n'est pas assez forte pour le supporter bien qu'il ne souffre nullement. — Repos au lit sans appareil. — Peu à peu il se lève et marche avec des béquilles. Part pour Vincennes vers le 15 *novembre*.

Obs. CCXXXIII. — *Fracture extra-capsulaire du col du fémur droit. Appareil américain. Consolidation incomplète. Raccourcissement de 4 centimètres.* — Secret (Francis), cinquante-sept ans, ajusteur, entre le 1er novembre 1880, n° 79, salle Saint-Augustin. Sujet emphysémateux. Il a fait une chute de la hauteur de 3 mètres sur le grand trochanter. Perte de connaissance pendant une demi-heure; n'a pu marcher. Douleur aiguë à la racine de la cuisse.

État actuel. — Jambe droite fléchie ; le membre repose sur la face externe, vaste ecchymose au niveau du grand trochanter, descendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, empiétant sur la face postérieure. Mouvements impossibles. Raccourcissement de 4 centimètres et demi. Elévation du grand trochanter et immédiatement au-dessous dépression. Crépitation manifeste et mobilité anormale. — Réduction. Appareil américain.

Au bout de six semaines, on enlève l'appareil et l'on n'observe aucune trace de consolidation. Le malade prétend qu'il ne peut plus supporter d'appareil et demande à ce qu'on laisse son membre en liberté. On le maintient le plus possible immobile au moyen de coussin.

3 *mars*. — La consolidation n'est obtenue qu'imparfaitement.

On l'envoie à Vincennes et il devait revenir à sa sortie de cet établissement. — On ne l'a pas revu.

Obs. CCXXXIV. — *Fracture extra-capsulaire du col du fémur droit.* — Charlier, trente-sept ans, sellier, entre le 2 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. La veille, chute sur le côté droit de la hauteur de 2 mètres ; n'a pu se relever, douleur vive à la hanche.

État actuel. — Douleur à la palpation du grand trochanter qui est élargi et reporté en arrière ; pas de douleur à la pression dans le pli de l'aine, pas de douleur à la percussion faite sur le genou. Le membre est dans la rotation en dehors, il y a impossibilité absolue de le soulever du plan du lit. Les mouvements communiqués sont douloureux, mais surtout la rotation en dedans. Crépitation et mobilité anormale. Fracture extra-capsulaire du col du fémur sans raccourcissement.

6 *janvier.* — Appareil plâtré formant un spica de l'aine et prolongé par une attelle plâtrée le long du côté externe du membre inférieur jusqu'au pied.

16 *février.* — Le malade a continué à souffrir six jours après l'application de l'appareil, puis peu à peu toute douleur a disparu. — On retire l'appareil.

20. — Il commence à marcher ; et le 26 va à Vincennes.

Obs. CCXXXV. — *Fracture extra-capsulaire du col du fémur gauche. Plan incliné. Appareil dextriné. Guérison avec 1 centimètre de raccourcissement.* — Veillard (Pierre), cinquante et un ans, maçon, entre le 17 août 1881, n° 30, salle Sainte-Marthe. Il est tombé d'un échafaudage de la hauteur de 4 mètres, sur la hanche gauche. Perte de connaissance pendant une heure.

État actuel. — Déformation et changement de direction du membre. Le pied est dans la rotation en dehors, le membre repose sur sa face externe. Impuissance du membre. Le grand trochanter est remonté. Ecchymose à la partie postéro-externe de la cuisse. Au niveau de la saillie trochantérienne, point très douloureux, et cette saillie est portée plus haut qu'à l'état normal. Raccourcissement de 3 centimètres et demi. Une main placée sur la hanche et l'autre imprimant des mouvements d'abduction et d'adduction, on perçoit une crépitation des plus manifestes. La fracture est extra-capsulaire. Les mouvements provoqués sont extrêmement douloureux. — Plan incliné.

Au soixante-deuxième jour, on s'assure que la consolidation est à peu près complète en imprimant de légers mouvements. Appareil dextriné.

24 *octobre.* — Le malade commence à marcher avec des béquilles.

26. — L'appareil dextriné est refait, on mesure le membre, il y a un raccourcissement de 1 centimètre. Le 29 : sortie.

Obs. CCXXXVI. — *Fracture du col du fémur gauche* (*extra-capsulaire*). *Repos. Guérison.* — Bourguignon (Marguerite), soixante-douze

ans, ménagère, entre le 5 octobre 1881, n° 48, salle Sainte-Marthe. Bonne santé ordinaire. Il y a deux ans, fracture du coude en tombant les bras en avant. Il y a trois jours, en descendant du tramway, chute sur le côté gauche, n'a pu se relever.

État actuel. — On constate les signes classiques de la fracture extra-capsulaire du col du fémur : grand trochanter élargi, crépitation. Douleur dans l'aine, impotence du membre, rotation en dehors, raccourcissement de 2 centimètres. Repos au lit dans la position horizontale sans appareil.

24 *décembre.* — Quitte l'hôpital pouvant remuer son membre dans le lit, mais non s'appuyer dessus.

Obs. CCXXXVII. — *Fracture du fémur à 4 centimètres au-dessous du grand trochanter. Appareil américain. Guérison. Raccourcissement de 2 centimètres.* — Strauch (Michel), cinquante et un ans, journalier, entre le 5 novembre 1881, n° 26, salle Sainte-Marthe. Alcoolique; chute de la hauteur de 50 centimètres.

État actuel. — Vaste ecchymose et gonflement notable au-dessous du grand trochanter. Le membre est dans la rotation en dehors. Mobilité anormale et crépitation. La fracture siège à trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter. Il y a chevauchement des fragments; le supérieur est porté en dehors, l'inférieur en avant et en dehors. Raccourcissement de 6 centimètres. — Appareil américain. Compresses résolutives.

Consolidation le quatre-vingt-treizième jour. Raccourcissement de 2 centimètres. Sortie le 3 avril 1882.

Obs. CCXXXVIII. — *Fracture du fémur à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Appareil américain. Guérison avec 1 centimètre de raccourcissement.* — Hérison (Auguste), trente-sept ans, plombier, entre le 2 juin 1881, n° 18, salle Sainte-Marthe. Il est tombé d'une échelle sur un tas de moellons. Le côté droit et surtout la cuisse ont reçu le choc. Pas de perte de connaissance.

État actuel. — Gonflement considérable de la cuisse et ecchymose étendue du grand trochanter, à 3 centimètres du condyle externe. Le membre est impuissant et repose sur le lit par sa face externe. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. Raccourcissement de 3 centimètres. Les mouvements volontaires sont impossibles. Crépitation et mobilité anormale à la partie moyenne de la cuisse. La fracture est presque transversale, et le fragment supérieur est saillant en dehors. — Provisoirement, à cause du gonflement, on place le membre dans une gouttière métallique. Compresses résolutives.

8 *juin.* — Appareil américain.

27 *juillet.* — Consolidation avec raccourcissement de 1 centimètre. Le malade se lève et se sert de béquilles pour la première fois. — Exeat le lendemain.

Obs. CCXXXIX. — *Fracture directe de la cuisse gauche ; gonflement considérable. Ecchymose de tout le membre supérieur droit. Appareil extensif.* — Vilain (Florent), soixante et un ans, concierge, entre le 2 mars 1881, n° 2, salle Saint-Augustin. Il a été écrasé par une voiture de vidange.

État actuel. — Membre inférieur gauche : impuissance fonctionnelle et déformation due à la fracture du fémur, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur ; saillie du fragment inférieur qui regarde en haut et en dehors. Chevauchement du fragment inférieur sur le postérieur. Pied dans la rotation en dehors. Teinte ecchymotique de toute la cuisse. Crépitation, mobilité anormale, douleur vive. Raccourcissement de 2 centimètres et demi. — Apareil plâtré, et au moyen d'un étrier, on suspend cinq poids de 1 kilo, pour maintenir la réduction.

20 *avril.* — On change plâtre. La fracture est presque consolidée.

30. — Depuis trois jours le malade marche avec des béquilles. On l'envoie en convalescence à Vincennes. Il sort avec son appareil.

Obs. CCXL. — *Fracture oblique du corps du fémur droit. Réduction. Appareil américain. Guérison. Raccourcissement de 1 centimètre.* — Valin (Jérôme), quarante et un ans, charretier, entre le 10 juillet 1881, n° 23, salle Sainte-Marthe. La roue de la voiture chargée de 500 kilogrammes lui a passé sur la cuisse droite.

État actuel. — Large ecchymose à la partie inférieure de la cuisse (face interne). Gonflement considérable de toute la cuisse et de la moitié de la jambe. Le membre est dans la rotation en dehors, et le pied repose sur son bord externe. Raccourcissement apparent. A l'union du tiers inférieur avec les tiers supérieurs de la face antéro-externe de la cuisse, convexité très prononcée ; mobilité anormale et crépitation manifeste au même niveau. Le fragment supérieur se porte obliquement en dehors, et le fragment inférieur en dedans. Chevauchement. Raccourcissement de 3 centimètres. Douleurs vives. Impotence. — Pendant sept jours, vu le gouflement, on maintient le membre immobile au moyen d'une gouttière. Compresses d'eau blanche.

18 *juillet.* — Chloroformisation, réduction et application de l'appareil américain.

22 *septembre.* — On enlève l'appareil, consolidation avec un raccourcissement de 1 centimètre. Il marche avec des béquilles : et le 30, sortie.

Obs. CCXLI. — *Fracture du fémur droit à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Appareil américain. Appareil plâtré. Guérison.* — Begain (Léon), soixante-treize ans, entre le 19 décembre 1881, n° 29, salle Sainte-Marthe. La roue d'une voiture chargée de cinq personnes lui a passé sur la cuisse droite.

État actuel. — Gonflement énorme de la moitié inférieure de la cuisse droite et du genou. La cuisse présente une courbure à convexité antérieure; la face externe du membre inférieur repose sur le lit et sa face externe regarde en haut. Le pied est dans la rotation en dehors. Impuissance complète du membre. Douleurs très vives au niveau de la voussure. En ce point, mobilité anormale et crépitation. Il existe à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen une fracture oblique de haut en bas et de dedans en dehors. — Gouttière ; compresses d'alcool camphré.

Le huitième jour. Appareil américain après avoir fait la réduction, le malade étant endormi.

2 *février*. — Appareil plâtré.

28. — Le malade commence à marcher avec des béquilles ; et le 5 avril : exeat.

Obs. CCXLII. — *Fracture oblique du fémur gauche à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Appareils plâtré et silicaté. Guérison sans raccourcissement.* — Geffroy (Nicolas), quarante-six ans, charretier, entre le 20 septembre 1882, n° 19, salle Sainte-Marthe.

La veille sa voiture lui a passé sur les deux cuisses.

État actuel. — Les deux cuisses ont augmenté de volume, mais le gonflement est beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite. Ecchymoses à la face antérieure produite par les roues qui ont passé perpendiculairement à l'axe du membre. Le fémur droit est intact, le gauche est fracturé. A la face postérieure de la cuisse gauche, épanchement considérable. La jambe et le pied sont tournés en dehors. Le malade peut soulever le membre inférieur droit, mais il y a impuissance complète du gauche. A la partie moyenne de la cuisse, saillie très prononcée, douleur, mobilité anormale et crépitation. Raccourcissement de 3 centimètres. La fracture est oblique. Le fragment inférieur fait saillie en avant et en dedans, tandis que le supérieur est porté en avant et en dehors. — Gouttière pour le membre gauche : compresses résolutives sur les deux cuisses.

5 *octobre*. — Réduction : appareil plâtré.

24 *novembre*. — Appareil silicaté.

11 *décembre*. — Consolidation parfaite, guérison sans raccourcissement; et le 25 : exeat.

Obs. CCXLIII. — *Fracture du fémur gauche à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Appareil américain. Guérison.* — Jolivet (Jean-Baptiste), carrier, quarante-sept ans, entre le 22 août 1881, n° 20, salle Sainte-Marthe. Il est tombé dans une carrière d'une hauteur de 10 mètres.

État actuel. — Gonflement occupant la moitié inférieure de la cuisse gauche et le quart supérieur de la jambe. La cuisse présente une courbure très prononcée. La jambe est dans la rotation en

dehors, le pied reposant sur son bord externe. Raccourcissement de 3 centimètres. A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, mobilité anormale et crépitation.

La fracture est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Saillie du fragment supérieur. Empâtement du membre. Douleurs vives. — Réduction. Appareil américain.

23 *septembre.* — On remplace l'appareil américain par un appareil plâtré.

25. — Commence à marcher avec des béquilles et le 30 : exeat.

Obs. CCXLIV. — *Fracture sus-condylienne du fémur droit, compliquée d'abcès. Guérison.* — Jean-Isaac Lindestein, passementier, quarante ans, entre le 23 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 14.

La cuisse droite a été écrasée par un tombereau.

État actuel. — Raccourcissement énorme du membre, fracture sus-condylienne dirigée obliquement en dehors et en bas; chevauchement du fragment supérieur; le fragment inférieur est porté en arrière et détermine une saillie très appréciable dans le creux poplité. Mobilité anormale et crépitation. Ecchymose indiquant le passage de la roue à la face antérieure de la cuisse, au-dessous du genou. L'exploration de la cuisse est très douloureuse. Prostration. Pouls petit, faible. En outre plaie demi-circulaire du cuir chevelu d'une étendue de 5 à 6 centimètres, mais superficielle. Réduction : appareil de Scultet. — Potion de Todd.

1er *février.* — Pendant huit jours, extension continue et appareil de Scultet; quand nous enlevons cet appareil, nous constatons que la cuisse est tuméfiée sur toute sa partie antérieure, et que la partie inférieure externe de la cuisse est le siège d'une plaie d'où sort un pus grisâtre et mal lié. La pression sur différentes parties de la cuisse, et particulièrement à la partie externe et au niveau du siège de la fracture, fait sourdre une quantité de pus assez abondante. La communication avec le foyer de la fracture n'est pas douteuse. Nous pratiquons deux contre-ouvertures, une supérieurement et une inférieurement, à la partie externe de la cuisse : drainage. Lavages phéniqués. — Appareil plâtré constitué par une *large attelle plâtrée en spirale*, qui part du tronc en fixant bien le bassin du malade et, se recourbant sur la hanche du côté malade, passe sur la partie antérieure et interne de la cuisse et en s'enroulant finalement autour de la jambe pour arriver jusqu'au pied qui se trouve parfaitement maintenu à angle droit. *De cette façon l'immobilité la plus absolue est assurée* et l'on peut surveiller les plaies chirurgicales faites à la partie externe. — Pansements et lavages quotidiens.

10 *février.* — Appétit, état aussi satisfaisant que possible.

1er *mars.* — Les plaies sont fermées, et la consolidation de la fracture est en bonne voie. L'appareil est reconsolidé.

15 *mai*. — L'appareil est retiré. Consolidation absolue, cal un peu exubérant : à peine 2 centimètres de raccourcissement. Bon état général. — Bains sulfureux. — Le malade quitte l'hôpital avec des béquilles.

Obs. CCXLV. — *Fractures sus-condylienne du fémur droit et inter-condylienne.* — Ménard (Alphonse), trente-deux ans, camionneur, entre le 23 décembre 1881, salle Sainte-Marthe. Chute d'un fût de 350 kilogrammes sur la cuisse droite.

État actuel. — Fracture sus-condylienne dont le trait est oblique d'avant en arrière ; le fragment supérieur chevauche un peu sur le fragment inférieur qui, lui, reste parallèle en se plaçant en arrière et forme un relief appréciable dans le creux poplité, raccourcissement très apparent. Outre la fracture sus-condylienne, il existe une fracture intra-condylienne dont le trait vertical et perpendiculaire au précédent passe entre les deux condyles qu'il sépare, ce qui détermine un peu d'augmentation dans le diamètre transversal du genou. Plaie de la partie interne du genou. — Gouttière.

Du 28 *décembre* au 10 *janvier* 1882. — Appareil de Scultet.

10 *janvier*. — Pansement de la plaie. Extension du membre avec des poids et même appareil : le *raccourcissement* est de 11 *centimètres*.

24. — Après quatorze jours de Scultet, avec extension, il n'y a plus que 3 centimètres de raccourcissement. — Appareil plâtré, consistant en une gouttière entourant toute la jambe, toute la cuisse, emboîtant bien la hanche et terminée par une série de bandes plâtrées, faisant le tour de la région hypogastrique, et maintenant ainsi bien immobile la hanche du côté malade.

Le malade passe deux mois dans son appareil plâtré qui est bien supporté.

10 *avril*. — L'appareil est retiré. *Consolidation, il y a* 1 *centimètre et demi de raccourcissement.* — Raideur du genou. — Bains sulfureux. Frictions alcoolisées. Gymnastique du membre. Mouvements forcés du genou.

Au bout de quelques jours le malade se tient très bien sur la jambe et peut marcher avec l'aide de béquilles ; et le 20 : sortie.

Obs. CCXLVI.— *Broiement du genou. Plaie contuse de la jambe, fracture esquilleuse intercondylienne du fémur, décollement des cartilages semi-lunaires du tibia. Amputation de cuisse au tiers inférieur. Mort.* — Teinturier (Louis), onze ans, apprenti imprimeur, entre le 18 février 1882, n° 32, salle Sainte-Marthe. Hier un chariot lourdement chargé l'a renversé et lui est passé sur le genou ; il n'a pu se relever et a été apporté à l'hôpital. Hémorrhagie assez abondante par la plaie. Dépression considérable.

État actuel. — Le membre inférieur gauche est dans l'extension.

Le genou est le siège d'une tuméfaction énorme. Vaste ecchymose occupant le quart inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe. La peau présente une ligne noirâtre offrant l'aspect du sphacèle étendu obliquement du condyle externe du fémur à la crête du tibia à trois travers de doigt de l'interligne articulaire. Cette ligne représente la trace de la roue du chariot. La partie supérieure et interne de la jambe est le siège d'une plaie par écrasement dirigée verticalement, longue de 12 centimètres et large de 4 centimètres, à bords déchiquetés, laissant voir les muscles broyés, transformés en bouillie et le tibia dénudé. Au toucher les culs-de-sac synoviaux, supérieur et latéraux, sont remplis de caillots reconnaissables à la crépitation spéciale du sang coagulé. Les extrémités articulaires du fémur et du tibia sont littéralement broyées : véritable sac de noix. Le tiers inférieur du biceps crural et les insertions supérieures des muscles de la jambe sont transformés en une sorte de pulpe molle et semi-fluctuante. Douleurs vives. Impuissance fonctionnelle complète. T. = 39°,8. P. = 120.

18 *février* 1882. — Chloroforme. Amputation de la cuisse, à l'union des tiers moyen et inférieur, par la méthode circulaire, pendant qu'un aide comprime la fémorale sur la crête pectinéale. Quatre points de suture profonds et quatorze points superficiels faits avec des fils métalliques. — Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe verticale et médiane : l'articulation est pleine de sang coagulé. La synoviale est déchirée. Il existe une fracture intercondylienne du fémur comprenant quatre fragments dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix. Les cartilages semi-lunaires sont mobiles dans l'articulation. Le périoste des deux os est de même en partie décollé. Les muscles périarticulaires sont réduits en bouillie ; le soir, affaiblissement, soif très intense. T. = 37,°5. P. = 100.

19 *au matin.* — T. = 37°,4. P. = 104. Il est à moitié endormi. Le *soir* : T. = 39°,2. P. = 124. Pas de frissons.

20. — T. M. = 38°,8. S. = 38°. Pansement. Rien dans les urines.

21. — S. = 37°. État général satisfaisant.

22. — T. M. = 39°. S. = 39°,6. Pas d'appétit.

23. — T. M. = 38°,4. S. = 38°,4. Pas de réunion par première intention, on enlève huit fils : bandelettes collodionnées.

Du 24 *au* 28. — La température oscille entre 37° et 38°,8. Aspect blafard des bords de la plaie. Suppuration peu franche.

1er *mars.* — T. M. = 38°,2. S. = 39°,5. — Le 2 : T. M. = 38°,2. S. = 39°,5. — Le 3 : T. M. = 39°. S. = 39°,5. — Le 4 : T. M. = 38°,2. S. = 39°,8.

5. — Mauvais aspect du moignon. Suppuration très modérée.

Douleur vive au niveau du foie. — Pansement très douloureux. Sulfate de quinine 1 gr. T. M.=40°,8. S.=40°,4.

6. — T. M.=40°,2. S.=40°,6. Soif intense. Bière. Champagne. Lait. Potion de Todd. Quinine.

7. — Vomissements. Frissons. Lividité de la face. Pas d'ictère. Pas de diarrhée. T. M.=38°,6. S.=41°,5.

8. — Prostration. État comateux. T. M.=38°,4. S.=37°,8.

9. — T. M. et S.=38°,8.

10. — T. M. =39°,6. S.=39°. Vomissement. Potion de Rivière.

11 et 12. — T. = 39°. Langue sèche. Soif vive. Appétit nul. Prostration extrême. Respiration haletante. — Mort dans la nuit.

Autopsie. — *Poumons* sains. Congestion de la base droite. Plèvres normales. Un peu d'adhérence de la plèvre droite. — *Cœur* rempli de caillots, rien de spécifique. — *Le foie est réellement remarquable* par la quantité d'*abcès métastatiques* siégeant d'une manière inégale soit à la surface de l'organe, soit dans sa profondeur. Il y en a de considérables; la plupart ont le volume d'une grosse noix. Le foie en est absolument farci. Péritonite péri-hépatique suppurée. Le pus s'étale en nappe. — La *rate* est également farcie d'abcès métastatiques. — *Cerveau* normal. — *Reins* volumineux, et anémiés. — *Moignon d'amputation.* La dissection nous montre un trajet purulent, le long des muscles de la partie interne; le trajet n'a pas plus de 6 centimètres. Les autres parties sont intactes. Pas de pus dans la veine fémorale ni dans la saphène.

Obs. CCXLVII. — *Retard de consolidation d'une fracture du fémur chez un enfant de dix mois. Immobilisation. Guérison.* — Perracion (Auguste), dix mois, 27 janvier 1882 (externe). Le 14 *décembre* 1881 l'enfant tombe des genoux de sa mère, et le lendemain on constate une fracture du fémur droit. Appareil de Scultet que l'on renouvelle à deux reprises différentes. L'état général est mauvais. Il s'alimente difficilement et a de la diarrhée.

État actuel (27 *janvier*). — Il n'y a aucun commencement de consolidation; les deux fragments sont absolument mobiles l'un sur l'autre et la cuisse se plie à sa partie moyenne; tout mouvement spontané est impossible.

29. — Appareil inamovible ainsi construit : une large feuille de *protective* entoure la cuisse et empêche le contact direct des autres pièces; par-dessus on imbrique des bandelettes de diachylon qui forment une cuirasse épaisse et résistante. Puis le membre tout entier est immobilisé par une gouttière plâtrée formée d'une longue attelle postérieure, d'une bande en étrier et d'une ceinture également plâtrée. Le tout est maintenu en place par des bandes de diachylon.

Dès le lendemain de l'application de cet appareil, l'enfant cesse de souffrir, son appétit revient et la diarrhée disparaît.

21 *février*. — On enlève l'appareil qui commence à se souiller. La cuisse est parfaitement consolidée ; l'enfant agite la jambe qu'il ne pouvait soulever auparavant. Appareil ouaté un peu serré qui prend le membre inférieur et l'abdomen, de façon à protéger la cuisse et à empêcher les mouvements trop étendus.

Cet appareil est enlevé le 28 février; la consolidation est parfaite. Les deux membres inférieurs ont la même longueur.

P. — Rotule.

Sept cas de fractures simples, transversales et de causes directes (chutes sur le genou, 5 cas; choc d'un timon de voiture sur le genou, 1 cas); sauf une qui est due à la contraction musculaire (obs. CCL).

Quatre fractures siègent à la partie moyenne, une au-dessus, deux au-dessous. Toutes s'accompagnent d'un écartement variant de 1 à 2 centimètres et demi.

Dans tous les cas, il existe du gonflement péri-articulaire : une observation signale un épanchement abondant dans la bourse séreuse prérotulienne ; cinq fractures se compliquent d'épanchement intra-articulaire plus ou moins considérable. Dans un cas l'épanchement est sanguin (développement immédiat).

Toutes ces fractures guérirent en des intervalles variant de un mois à trois mois et demi. La consolidation fut plus longue à obtenir, toutes choses égales d'ailleurs, chez les vieillards. Une femme de soixante-douze ans dut rester à l'hôpital pendant deux mois et trois semaines; un homme de soixante-dix ans, pendant trois mois et demi. La réunion des fragments se fit par l'intermédiaire de cals fibreux, avec léger écartement, sauf dans un cas (homme de 70 ans), où l'écart était de 2 centimètres. Le traitement employé fut l'immobilisation, soit dans une gouttière, soit dans un appareil plâtré ou silicaté; la contention des fragments à l'aide des coussins ; l'élévation du membre sur un plan incliné, sauf dans un cas où le talon fut maintenu aussi élevé que possible à l'aide d'un étrier.

Obs. CCXLVIII. — *Fracture transversale de la rotule droite. Double plan incliné. Consolidation.* — Even (Louis), trente-trois ans, charretier, entre le 27 septembre 1881, n° 14, salle Sainte-Marthe. La veille, en sautant de sa voiture, il est tombé sur les genoux, et quand il s'est relevé, il n'a pu marcher.

Etat actuel. — Gonflement très marqué du genou droit. Sa partie antérieure est le siège d'une douleur vive exagérée par les mouvements. Un épanchement abondant, dans la bourse séreuse prérotulienne, rend difficile l'exploration de la rotule. Gouttière : compresses imbibées d'alcool camphré.

Le cinquième jour, le gonflement ayant beaucoup diminué, nous pouvons reconnaître que la rotule est fracturée transversalement à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. On trouve en ce point une dépression dans laquelle on peut enfoncer un crayon ; en fléchissant un peu la jambe sur la cuisse, on augmente l'écartement. Mobilité et crépitation manifestes en rapprochant les fragments.

Le neuvième jour après l'accident, on place le membre sur un plan incliné.

29 *octobre.* — Consolidation obtenue, léger écartement, cal fibreux.

Obs. CCXLIX. — *Fracture transversale de la rotule droite par cause directe. Elévation et appareils inamovibles.* — Collette (Aimée), soixante-douze ans, ménagère, entre le 2 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. Elle portait un seau d'eau (de la main droite), son pied glissa et elle tomba sur le *genou droit,* la jambe fléchie sous le corps; il lui fut impossible de se relever.

Etat actuel. — Genou droit : la saillie formée par la rotule est beaucoup plus étendue que du côté opposé. Petite ecchymose à sa partie inférieure. Tout le genou est sensible à la palpation, principalement au-dessus et au-dessous de la rotule ; on sent très nettement un sillon transversal séparant les deux fragments de la rotule fracturée ; le fragment supérieur est un peu plus petit que l'inférieur. L'écartement n'est que d'un demi-centimètre et disparaît presque quand le membre est dans l'extension complète; pas de crépitation : très peu d'épanchement dans l'article. Impossibilité absolue de soulever le talon. — Immobilisation dans une gouttière et élévation.

10 *janvier.* — La gouttière est remplacée par un appareil plâtré avec plan incliné. Le genou renferme encore du liquide ; les fragments osseux sont presque en contact.

12 *février.* — La malade souffre beaucoup de la jambe. On aperçoit sur la crête du tibia, au-dessous du tendon rotulien, en un point où l'appareil ne porte pas, deux petites ecchymoses. La malade accusant des douleurs au niveau de la malléole externe, on enlève l'appareil plâtré, et on constate en ce point l'existence d'une autre phlyctène

qui s'est ouverte. Le membre est remis dans l'extension et l'élévation, maintenu par des courroies et des bandes.

2 *mars.* — On enlève l'appareil ; les fragments rotuliens sont distincts, mais presque en contact.

6. — La malade se plaint de douleurs dans le cou-de-pied. — Cataplasme laudanisé.

24. — Depuis quelques jours, la malade marche avec un appareil plâtré qui immobilise les articulations douloureuses. Va au Vésinet.

Obs. CCL. — *Fracture transversale de la rotule droite par contraction musculaire. Elévation. Immobilisation. Guérison.* — Louasc (Charles), quarante-sept ans, charpentier, entre le 21 août 1881, n° 77, salle Saint-Augustin. En portant une pièce de bois à bout de bras, il a glissé, et ayant fait un violent effort pour ne pas tomber, il a senti un craquement dans le genou droit. Après l'accident il a encore pu, quoique péniblement, faire une vingtaine de pas, mais a dû s'arrêter.

Etat actuel. — Gonflement du genou. Au repos le malade souffre peu, il peut exécuter les mouvements de flexion de la jambe, mais ne peut la ramener dans l'extension. La rotule est fracturée transversalement à sa partie moyenne ; les fragments sont séparés par une dépression de 1 centimètre ; ils sont très mobiles. Épanchement intra-articulaire. — Au moyen d'un étrier passé sous le talon, nous suspendons la jambe en l'air, aussi haut que possible. — Compresses d'eau blanche. Le trente-huitième jour, la consolidation est obtenue par un cal fibreux. Raideur du genou combattue par les douches sulfureuses.

30 *septembre.* — Le malade marche avec des béquilles. Sortie.

Obs. CCLI. — *Fracture transversale de la rotule droite. Compresses résolutives. Double plan incliné. Guérison.* — Hemery (Jean), soixante-dix ans, peintre, entre le 5 janvier 1882, n° 2, salle Sainte-Marthe. Son pied a butté et il est tombé sur les genoux, contre le pavé. Impossibilité de marcher.

Etat actuel. — Gonflement considérable du genou avec léger épanchement articulaire. La jambe est dans la demi-flexion, les mouvements volontaires d'extension sont impossibles. A la partie antérieure du genou, dépression dans laquelle on peut coucher le petit doigt ; au même point, mobilité anormale. La rotule est fracturée à peu près à sa partie moyenne et transversalement. — Gouttière et compresses résolutives.

12 *janvier.* — Plan incliné ; les fragments étant maintenus rapprochés autant que possible par de petits coussins.

20 *avril.* — Les fragments sont réunis par un cal fibreux résistant ; écartement de 2 centimètres ; et le 27 le malade part avec des béquilles.

Obs. CCLII. — *Fracture transversale de la rotule droite traitée par le plan incliné.* — Derloz (Évariste), cinquante et un ans, couvreur, entre le 8 juin 1882, n° 5, salle Saint-Augustin. Hier, dans l'après-midi, il est tombé de sa hauteur sur le genou droit qui a porté sur un pavé plus élevé que les autres. Il s'est relevé, mais il lui a été impossible de faire un pas.

Etat actuel. — Gonflement notable du genou droit, et ecchymose noirâtre. Le malade tient sa jambe demi-fléchie, et il ne peut la placer dans l'extension qu'au prix des plus vives douleurs. Les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale sont possibles, mais très limités et excessivement douloureux. Le toucher permet de reconnaître une fracture transversale de la rotule. Le fragment supérieur est plus large que l'inférieur et fait saillie en avant. L'os est fracturé au niveau de son tiers inférieur. L'écartement existant entre les deux fragments permet de passer l'index.

Pendant quelques jours, on applique des compresses d'alcool camphré, puis on traite ensuite la fracture par le plan incliné.

27 *juillet.* — La consolidation est presque complète. Malgré nos conseils, le malade veut retourner chez lui.

Obs. CCLIII. — *Fracture transversale de la rotule gauche traitée par le plan incliné. Guérison avec un léger écartement.* — Gagel (Pierre), quarante-neuf ans, homme de peine, entre le 15 décembre 1881, n° 72, salle Saint-Augustin. La veille, chute sur les genoux contre une traverse de bois. Il n'a pu marcher.

Etat actuel. — Douleur du genou gauche. La jambe est fléchie sur la cuisse; impossibilité de l'extension. Autour de l'articulation gonflement marqué. Pas de plaie, mais teinte ecchymotique occupant les faces antérieure et interne de l'article.

Du côté de la rotule, on peut, malgré la tuméfaction, distinguer à travers la peau une fracture transversale avec écartement de plus d'un centimètre. Crépitation. — Plan incliné. Compresses résolutives.

27 *janvier.* — Consolidation avec écartement ; et le 28 : sortie.

Obs. CCLIV. — *Fracture transversale de la rotule gauche par choc direct. Elévation du membre. Appareil plâtré.* — Leguay (Adolphe), cinquante et un ans, charretier, entre le 4 novembre 1881, n° 71, salle Saint-Augustin. Il a déjà eu une fracture du fémur gauche, il y a dix ans. Aujourd'hui on constate encore un raccourcissement du membre avec saillie anguleuse du côté externe et à la partie moyenne du fémur un cal volumineux.

4 *novembre.* — Il reçut sur sa rotule gauche un brancard de sa voiture, il tomba et ne put marcher.

Etat actuel. — Gonflement énorme du genou apparu aussitôt après l'accident. Toute la région est ecchymosée ; la rotule est divisée en deux fragments par une fracture transversale. L'écartement n'est

pas très considérable. — Appareil plâtré. Membre en élévation. Au bout de dix jours : genou entièrement dégonflé, les deux fragments sont très peu écartés.

15 *décembre*. — On enlève la chaise qui relevait le membre inférieur, mais l'appareil est laissé en place.

24 *janvier*. — Appareil silicaté ; et le 29 : guérison, sortie.

Q. — Fracture des deux os de la jambe.

Quarante et une observations.

Les causes se répartissent de la façon suivante :

Coups de pied de cheval	1
— d'homme	3
Chocs d'un pavé	1
— de pièces de bois	3
— d'un tonneau	1
Écrasement de la jambe par une roue de voiture	6
Chutes de hauteur d'homme	13

La plupart de ces chutes ont été occasionnées par un faux pas sur le bord d'un trottoir ou par un glissement (écorce d'orange).

Chutes dans un escalier	4
— dans une cave	2
— dans une tranchée	1
— de la hauteur d'une chaise, la jambe prise dans les barreaux	1
— — d'une table	1
— — d'un premier étage	2
— de 5 mètres de hauteur, avec un fardeau	1
Un cas intéressant de fracture par *cause indirecte* s'est produit de la façon suivante : le malade a reçu sur les reins une voiture chargée de pommes de terre ; la jambe a fléchi et s'est brisée	1
Total	41

Au point de vue du siège, nous devons distinguer les cas où les os sont fracturés sensiblement au même niveau, de ceux où les fractures sont à des hauteurs différentes.

Les premiers se répartissent ainsi :

Fracture des deux os,	à l'union des tiers supérieur et moyen.	1
—	à la partie moyenne de la jambe................	3
—	à l'union des tiers moyen et inférieur............	18
—	sus-malléolaire..................................	4
—	malléolaire......................................	10

Les cas dans lesquels les fractures siègent à des hauteurs différentes sont les suivants :

Fracture du tibia un peu au-dessous de la partie moyenne, fracture du péroné à 5 centimètres plus haut...........	1
Fracture du tibia à l'union des tiers moyen et inférieur et fracture du péroné à l'union des tiers supérieur et moyen.	1
Arrachement de la malléole interne et fracture du péroné à 2, 6, 8 centimètres au dessus de la base de la malléole...	3
Total..................	41

Dans un cas, outre une fracture malléolaire des deux os, il existait une fracture du tibia à la partie moyenne.

Dans l'observation CCLXXXVI la fracture malléolaire des deux os de la jambe se compliquait de tassement du calcanéum.

Dans plus du tiers des cas, les fractures étaient obliques et s'accompagnaient de déplacement ou de chevauchement des fragments. La pointe du fragment supérieur du tibia perforait la peau dans deux cas. Dans deux cas la fracture du tibia était cunéiforme (fracture en V de Gosselin).

La réduction et la contention des fractures avec déplacement furent faciles, sauf dans un cas de fracture bimalléolaire qui se composait de subluxation du pied en arrière.

Les appareils de contention employés furent, en règle générale, des attelles plâtrées ou des bandages silicatés. Toutes les fois que la tuméfaction était notable, le membre était d'abord immobilisé pendant environ une semaine, soit dans une gouttière métallique, soit sur des coussins et enveloppé de compresses résolutives. L'appareil inamovible était employé seulement après la disparition du gonflement.

Dans dix-sept cas sur quarante et un, nous dûmes ap-

pliquer successivement plusieurs appareils : Scultet, puis plâtre; plusieurs appareils plâtrés; plâtre puis silicate, etc.

Dans un cas nous eûmes recours à la gouttière en zinc lacée du Dr Deslongchamps, le résultat fut très satisfaisant.

La durée du traitement a été variable suivant le siège, la direction, la gravité et les complications de la fracture et aussi suivant l'âge des malades.

Les fractures simples, transversales, sans déplacement, se sont consolidées en moyenne dans un espace d'un mois à un mois et demi (21 cas).

Quinze malades ont dû conserver leur appareil pendant deux mois et quelques jours.

Trois malades ont été traités pendant trois mois et plus. (Fracture des deux os à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Fracture des deux os à la partie moyenne, compliquée d'abcès communiquant avec le foyer de la fracture. Fracture bimalléolaire des deux jambes et tassement du calcanéum gauche.)

Tous ces malades ont guéri parfaitement, c'est-à-dire sans raccourcissement et sans impuissance fonctionnelle consécutive. Nous ne faisons d'exception que pour deux cas de fracture bimalléolaire, avec diastasis compliquée d'entorses tibio-tarsiennes (obs. CCLXXXVI et CCLXXVII) à la suite desquels il y eut pendant quelque temps de la raideur articulaire. Trois malades moururent de complications étrangères à la fracture.

Signalons quelques observations en particulier.

1° (Obs. CCLIX). Femme de soixante-dix-sept ans, écrasement des deux jambes par un camion ; fractures des deux os de la jambe gauche (tibia au-dessous de la partie moyenne, péroné à 5 centimètres plus haut). La fracture du tibia était comminutive et communiquait avec l'extérieure par l'intermédiaire d'une plaie contuse. Le membre fut immobilisé d'abord dans une gouttière, puis à l'aide d'un appareil plâtré. Douze jours après l'accident, un abcès se développa au niveau de la fracture du tibia. L'incision démontra qu'il existait un séquestre mobile dont nous fîmes l'extraction. Ces

complications et l'âge avancé de la malade entraînèrent un retard dans la consolidation. Néanmoins, au bout de deux mois tout allait bien du côté de la fracture, lorsque la malade succomba en trois jours aux progrès d'une pneumonie gauche. Outre les désordres de la pneumonie, il existait dans la plèvre un épanchement sanguin de 3 litres. Au niveau de la fracture nous trouvâmes un exsudat plastique dont le volume doublait les diamètres des os. Cette masse, molle et jaunâtre à la périphérie, était blanche et plus consistante au centre ; il existait des ostéoblastes au niveau du tibia.

2° (Obs. CCLXXVIII). Homme de trente-quatre ans, alcoolique ; coup de pied d'homme : fracture des deux os au tiers inférieur, compliquée de plaie au niveau du tibia ; hémorrhagie abondante. La plaie fut pansée par occlusion, comme dans les cas précédents, et le membre fut immobilisé d'abord avec l'appareil de Scultet, puis avec un appareil plâtré. Le malade guérit aussi en deux mois, sans autre désagrément qu'un peu de raideur tibio-tarsienne. Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre que chez un alcoolique une fracture compliquée de plaie peut guérir dans un temps relativement court. Il est d'ailleurs à remarquer que le sujet était jeune (34 ans).

3° Un autre alcoolique, mais plus âgé (49 ans) (obs. CCXCV), succomba dans le coma, après avoir présenté des accès de *delirium tremens*, huit jours après l'accident. Il avait eu les deux jambes écrasées et présentait une fracture sus-malléolaire des deux os de la jambe gauche. L'autopsie démontra, outre les lésions de l'alcoolisme chronique, une suffusion séreuse sous-arachnoïdienne, de l'engorgement des vaisseaux de la pie-mère, des anévrysmes miliaires des artérioles du cerveau et de la congestion pulmonaire.

4° Signalons encore une attaque de rhumatisme survenue au cours du traitement d'une fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur (obs. CCLXXV). Cette observation confirme ce que nous avons eu occasion de dire du *rappel de diathèses* par traumatisme. Le salicylate de soude eut raison du rhumatisme, et la fracture se consolida en deux mois.

5° Enfin une femme de cinquante ans, alcoolique, écrasée par une voiture (obs. CCLX), fut emportée par une péritonite traumatique sept jours après l'accident. L'une des roues du véhicule avait passé très obliquement sur la jambe gauche et avait fracturé le tibia au tiers inférieur et le péroné au tiers supérieur. L'autre roue avait meurtri les régions épigastrique et hypochondriaque. A l'autopsie on trouva sur la face antérieure de l'estomac une ecchymose sous-péritonéale qui s'étendait jusqu'à la muqueuse. En outre, des brides péritonéales récentes faisaient adhérer la partie supérieure du côlon ascendant à la paroi postérieure de l'abdomen et étranglaient cette portion de l'intestin. Le péritoine très vasculaire contenait deux cuillerées à bouche de sérosité louche.

Obs. CCLV. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers supérieur. Guérison.* — Charroy (Joseph-Louis), trente et un ans, entre le 27 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 79. A glissé sur le trottoir; le pied en dedans : chute, craquement, et ne peut se relever.

État actuel. — Déformation considérable de la jambe, qui fait un coude saillant en avant au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Ballottement du fragment inférieur. Les deux os sont fracturés au même niveau. — Appareil de Scultet; chloral 2 grammes.

31. — Larges phlyctènes ayant les dimensions de la paume de la main.

7 *mars.* — Appareil plâtré (attelle-étrier).

23. — On enlève le plâtre; la mobilité anormale persiste absolument intacte, telle qu'elle était lors de la fracture.

24. — Nouvel appareil plâtré.

26 *avril.* — On enlève l'appareil : consolidation parfaite ; et le 30 : le malade va à Vincennes.

Obs. CCLVI. — *Fracture oblique indirecte des deux os de la jambe droite à la partie moyenne. Appareil plâtré. Appareil silicaté. Guérison sans raccourcissement.* — Davel (François), quarante-huit ans, corroyeur, entre le 22 novembre 1881, n° 5, salle Saint-Augustin. Hier soir, il a glissé dans un escalier et est tombé de la hauteur de sept ou huit marches sur des dalles. S'est relevé, mais quand il a voulu appuyer sur la jambe droite, il est retombé.

Etat actuel. — Gonflement de la jambe droite s'étendant de son quart supérieur jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne qui prend également part au gonflement. Ecchymose de 5 centimètres de long sur 3 de large, à la partie postéro-interne. En promenant le doigt le long

du tibia, on est arrêté à peu près à la partie moyenne par une saillie, puis une dépression. En cet endroit point très douloureux, crépitation et mobilité anormales. Le fragment supérieur fait saillie de dedans en dehors et d'arrière en avant, l'inférieur au contraire d'avant en arrière. Du côté du péroné, fracture à 1 centimètre au-dessus de celle du tibia. Le pied est dans une légère rotation en dehors. — Compresses résolutives. Immobilisation sur un coussin. — Le huitième jour, appareil plâtré.

28 *décembre*. — Consolidation imparfaite. Nouvel appareil plâtré.

9 *janvier*. — Consolidation sans raccourcissement. Appareil silicaté.

14. — Le malade est envoyé à Vincennes ; il conserve son appareil silicaté et commence à marcher avec des béquilles.

Obs. CCLVII. — *Fracture transversale des deux os de la jambe gauche, siégeant vers la partie moyenne, déterminée par une chute. Guérison.* — Laveau (Hippolyte), trente-quatre ans, garçon maçon, entre le 26 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 5. Bonne santé habituelle. Pas de syphilis. Alcoolisme.

Le 26 juin, en descendant du plâtre, il tombe au fond d'une cave. Il peut se relever seul, mais il lui est impossible de faire un pas. Il est transporté immédiatement à l'hôpital : gouttière, et compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

Etat actuel. — Le pied gauche est dévié en dehors. Au niveau de la partie moyenne de la jambe de ce côté existe une mobilité anormale manifeste accompagnée de crépitation. A ce niveau, on peut sentir très bien les deux extrémités des fragments du tibia, et plus difficilement ceux du péroné. Léger gonflement de la jambe. Pas d'ecchymose. Douleur assez vive. Plusieurs soubresauts pendant la nuit ont réveillé le malade.

29 *juin*. — Une ecchymose s'est montrée à la partie externe et moyenne de la jambe. Elle a les dimensions de la paume de la main. Les soubresauts ont continué.

30. — L'enflure a un peu diminué. — Appareil plâtré consistant en une bande latérale faisant étrier et remontant de chaque côté jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. La réduction est assez facile.

Pendant les premiers jours de juin, les soubresauts de la nuit continuèrent. Puis vers le milieu du mois ils disparurent peu à peu.

4 *août*. — On enlève l'appareil plâtré. La consolidation est effectuée. La jambe est très droite, le pied légèrement porté en dedans. Mais elle est très faible. L'articulation du genou est raide. — Bains. Frictions à l'alcool camphré.

19. — Le malade va à Vincennes. Il peut déjà assez bien marcher.

Obs. CCLVIII. — *Fracture directe des deux os de la jambe à la partie moyenne. Abcès au niveau du point fracturé. Appareils plâtrés et silicatés. Guérison.* — Pichaud (Alexandre), trente-sept ans, paveur,

entre le 17 octobre 1881, n° 31, salle Sainte-Marthe. Un pavé lui est tombé sur la face antérieure de la jambe, du haut d'une voiture.

Etat actuel. — Cinq heures après l'accident, gonflement peu considérable étendu de la tubérosité du tibia jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; écorchure de la peau; le pied est dans l'extension forcée, la pointe tournée en dehors; léger raccourcissement. Mouvements impossibles. Sur le tibia, à la partie moyenne une saillie et une dépression; au même point, mobilité anormale et crépitation. La fracture est oblique ; le fragment supérieur est dirigé en dedans et en avant, l'inférieur en sens inverse. — Coussin et compresses d'eau blanche.

21 *octobre.* — Appareil plâtré.

11 *novembre.* — Abcès à 2 centimètres au-dessus du point fracture. On fait une incision pour évacuer le pus.

4 *décembre.* — Encore de la mobilité des fragments. — Troisième appareil.

6 *janvier* 1882. — La consolidation est obtenue. Appareil silicaté.

14. — Va à Vincennes, avec son appareil et marchant avec des béquilles.

Obs. CCLIX. — *Fracture des deux os de la jambe droite compliquée de plaie. Pneumonie gauche. Mort. Autopsie.* — Desmare (Lucile), soixante-dix-sept ans, fruitière, entre le 31 janvier 1881, n° 33, salle Sainte-Marthe. Elle a été renversée par un lourd camion dont les deux roues lui sont passées sur les jambes.

Etat actuel. — Contusion assez forte à la partie antérieure de la jambe gauche. Ni décollement traumatique ni plaie, mais ecchymose de la largeur de la main. Douleur assez intense. La jambe droite est fracturée un peu au-dessous de sa partie moyenne, et le foyer de la fracture communique largement de dehors en dedans. La fracture est comminutive. Débris d'os entre les fragments. Il est difficile de distinguer le nombre de ces fragments intermédiaires. Le péroné est également fracturé, mais la lésion est simple et siège à 5 centimètres au-dessus de celle du tibia. Appareil plâtré.

4 *février.* — Pas la moindre réaction et l'état local est toujours demeuré excellent.

12. — Douleur au niveau de la fracture : abcès assez considérable. Une ponction donne issue à un demi-verre de pus. Au fond de la plaie un sequestre pointu, qui paraît avoir déterminé l'accident. Extraction à l'aide d'une pince. Pansement compressif.

25. — Guérison complète de la plaie. Il n'y a toujours pas de consolidation.

10 *mars.* — Le cal est moins volumineux et plus résistant. Il a un commencement évident de consolidation. On change l'appareil plâtré.

30. — La consolidation présente déjà un certain degré de solidité. — Silicate.

3 *avril.* — La malade refuse de prendre ses aliments, elle accuse une soif vive, et présente un certain degré de délire. Pas d'expectoration ; pas de point de côté : cependant pneumonie du sommet des plus caractérisées (souffle, matité, râles crépitants).

— Ventouses sèches; potion de Todd. On prescrit en outre 60 centigrammes de sulfate de quinine.

4. — Il y a eu de légers frissons dans la nuit. T. 39°.

5. — Même état que la veille. La malade a perdu connaissance et n'exprime plus que des idées incohérentes.

6. — Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. — Épanchement hématique de 3 litres, dans la *plèvre* gauche. — Le *poumon* du même côté présente les lésions suivantes : sommet induré, épaissi, ne surnageant pas : la coupe en est grisâtre ; il se montre très friable et la pression en fait sortir facilement des gouttelettes de pus. Le poumon droit est sain. — Rien au *foie*, aux *reins*, au *cœur* et dans le *tube digestif.*

Foyer de la fracture. L'exsudation plastique forme une masse deux fois plus considérable que les os à son niveau. Elle est molle et jaunâtre à la périphérie, beaucoup plus consistante et plus blanche au centre. Au niveau du tibia même, il y a évidemment des ostéoblastes et l'organisation osseuse commençait à s'effectuer.

Obs. CCLX. — *Fracture des deux os de la jambe ganche. Contusion de l'abdomen. Péritonite. Mort. Autopsie.* — Delachauvagère (Sophie), cinquante ans, blanchisseuse, entre le 1er janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Bonne santé habituelle. Le 1er janvier la malade est renversée par une voiture de laitier qui lui passe sur le corps. Une roue *fracture la jambe gauche* vers l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Pas de plaie. L'autre roue passe sur l'abdomen.

La malade est apportée immédiatement à l'hôpital. Elle a perdu connaissance. Les extrémités sont froides. Le pouls est assez fort, régulier. P. = 80. T. = 37°. Le ventre est douloureux à la pression ; pas d'épanchement appréciable. Petite plaie de tête produite par le peigne. — Dans la journée, vomissements alimentaires. — Glace sur le ventre.

2 *janvier.* — La sensibilité du ventre a un peu diminué ; mais, aussitôt que la malade a pris des aliments, elles les vomit sans grand effort ni douleur. L'état général est meilleur. P. = 88. T. = 37°,2.

3. — Pas de vomissements. Ventre ballonné, peu sensible à la pression. Pas de selles depuis l'accident. Assoupissement. Pouls assez fort, 100 pulsations. — Dans la journée, vomissements bilieux.

4. — Pas de garde-robes depuis l'accident. Teinte subictérique de la face et des conjonctives. P. = 80. Toujours des vomissements.

5. — Vomissements jaunes, sans odeur fécaloïde. P. = 120. T. = 37°. La face se grippe, les orbites se creusent.

6. — Pouls petit, 100. Malgré deux lavements, la malade n'est pas allée, à la selle; elle vomit toujours.

7. — La malade ne vomit plus, mais elle est affaissée, aphone; pouls imperceptible. Mort à 10 heures du matin.

Autopsie. — Organes thoraciques. — Poumons absolument sains. Cœur chargé de graisse sur sa face antérieure.

Abdomen. — Le *foie* est petit, rétracté, avec quelques granulations foncées; il a absolument l'aspect du foie cirrhotique au début et le diagnostic anatomique de cirrhose est encore confirmé par la surcharge graisseuse du cœur et du mésentère, lésions fréquentes chez les alcooliques. La bile est abondante, d'un jaune d'ocre. Rien à noter du côté des vaisseaux de la cavité abdominale. Pas de rupture. — Les *reins* sont petits, normaux du reste, avec une abondance inaccoutumée du tissu adipeux qui les environne. — Rien à la rate, au poumon, à la vessie ni à l'utérus. — Le *péritoine* est très vascularisé; une ou deux cuillerées de sérosité louche. Pas de fausses membranes, sauf dans les points que nous allons indiquer. L'intestin grêle et l'estomac sont remplis de sang et le premier a le volume du gros intestin. Celui-ci est rétracté, sauf le cœcum, qui est très dilaté.

Les lésions principales siègent au niveau de l'estomac et du côlon ascendant.

Estomac. — Sur la face antérieure, au niveau de la grande courbure, *ecchymose* de la largeur d'une pièce de deux francs, sous-péritonéale; le sang s'est infiltré en dedans jusque sous la muqueuse qui est rouge à ce niveau ; autour, il existe trois ou quatre petits épanchements sanguins moins étendus.

Côlon ascendant. — A la partie supérieure de celui-ci, près de sa continuation avec le côlon transverse, il existe de nombreuses adhérences qui accolent l'intestin à la paroi abdominale postérieure et effacent son calibre. Le mésocôlon, très vascularisé, est le siège d'un épanchement sanguin infiltré. Tout ce qui est en amont de ce point est rempli de gaz et de matières fécales. Tout ce qui est au-dessous est vide ; il y avait donc, en ce point, un arrêt des matières liquides et gazeuses. Une des roues de la voiture avait passé obliquement sur l'abdomen de gauche à droite et de haut en bas et avait produit, dans l'épaisseur des grands droits, un épanchement sanguin qui descendait jusqu'au voisinage du pubis.

L'autre roue avait passé, également très obliquement, sur la jambe gauche, comme le montrait la direction de l'ecchymose. Elle avait produit :

1. Une *fracture du péroné* dans son *tiers supérieur*, fracture très

oblique en bas et en dedans, avec un chevauchement de plus de 1 centimètre.

2. Une *fracture du tibia* dans son tiers inférieur; le fragment supérieur se terminait en V dont la pointe correspondait à la face interne et arrivait à la base de la malléole. Le fragment inférieur avait de la tendance à se porter en arrière, le supérieur en avant. Pas de fracture articulaire. Large épanchement de sang à la partie inférieure de la face interne de la jambe et à la partie supérieure de la face externe.

Obs. CCLXI. — *Fracture oblique des deux os de la jambe au tiers inférieur. Appareil plâtré. Appareil dextriné. Guérison.* — Guillemin (J.-B.), soixante-sept ans, journalier, entre le 6 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 23. En sautant dans une tranchée profonde de 2 mètres environ, la jambe a porté à faux. Immédiatement douleur très vive, impossibilité de se tenir debout.

Etat actuel. — Tuméfaction considérable de presque toute la jambe et qui s'arrête au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Les mouvements volontaires sont abolis, le pied est tourné un peu en dehors et la face externe de la jambe est aussi légèrement en arrière.

Au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, on arrive avec peine, à cause du gonflement, à sentir les fragments : mobilité anormale et crépitation des plus manifestes. — Gouttière : compresses résolutives.

Le sixième jour, le gonflement ayant diminué, on complète l'examen et l'on reconnaît une fracture du tibia, oblique de haut en bas et de dehors en dedans; le fragment supérieur fait saillie en dedans. Quant au péroné, dont on n'avait pas constaté l'état, on trouve qu'il est fracturé à 1 centimètre au-dessus, et qu'il l'est presque transversalement.

— Gouttière et compresses d'alcool camphré.

15 *avril.* — Réduction. — Appareil plâtré.

Cet appareil est laissé en place pendant trente-huit jours : la consolidation est presque complète. Appareil silicaté.

3 *mai.* — Le malade commence à marcher avec des béquilles.

15. — Va à Vincennes avec son silicate.

Obs. CCLXII. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Appareil plâtré. Guérison.* — Pichon (Jules), quarante-sept ans, marchand aux Halles, entre le 22 février 1881, n° 70, salle Saint-Augustin. — Alcoolisme. La veille de l'entrée, s'est fracturé la jambe en tombant de sa hauteur : signes classiques de la fracture oblique, au tiers inférieur, fragment supérieur saillant en dedans et en avant; les deux os sont fracturés au même niveau. — Gouttière pendant dix jours avec compresses résolutives; puis, le gonflement étant disparu : attelles plâtrées de Maisonneuve.

15 *avril.* — Appareil silicaté. La consolidation est presque complète.

25. — Part pour Vincennes.

Obs. CCLXIII. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Guérison.* — Brismoutier (Adolphe), trente-sept ans, serrurier, entre le 9 mars 1881, n° 75, salle Saint-Augustin. La veille de son entrée, est tombé dans une cave et n'a pu se relever; apporté à l'hôpital avec une fracture de jambe classique au tiers inférieur, oblique en bas et en dehors; fragment supérieur saillant en dehors et en avant. Les deux os sont fracturés au même niveau.

10 *mars.* — Appareil plâtré, plus de douleurs.

20 *avril.* — Appareil silicaté, la consolidation n'est pas complète.

15 *mai.* — Vincennes. Bonne consolidation.

Obs. CCLXIV. — *Fracture des deux os de la jambe à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Appareil du Dr Deslongchamps. Consolidation.* — Collet (Pierre), quarante-neuf ans, charpentier, entre le 27 août 1882, n° 79, salle Saint-Augustin. Homme vigoureux mais alcoolique. Hier, il a eu la jambe droite prise sous un éboulement de pièces de bois. Impossibilité d'appuyer la jambe sur le sol; douleur très vive à la partie moyenne de la jambe s'irradiant jusqu'aux orteils.

État actuel. — Gonflement très marqué de toute la moitié inférieure de la jambe et du cou-de-pied. Ecchymose à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen et siégeant sur la face interne. Le pied est légèrement dans la rotation en dehors. Impuissance du membre. Au point mentionné, douleur, saillie osseuse, mobilité anormale et crépitation des plus nettes. Le fragment supérieur du tibia est porté en avant et en dedans, l'inférieur en arrière et en dehors; entre les deux fragments, dépression pouvant contenir la pulpe du doigt. Le péroné est fracturé au même niveau. — Compresses résolutives, puis application de l'appareil du Dr Deslonchamps (gouttière en zinc ayant la forme de la jambe et du pied et serrée autour du membre au moyen de lacs). Cet appareil permet au malade de se lever immédiatement et de s'asseoir dans un fauteuil.

28 *septembre.* — Consolidation parfaite. Départ pour Vincennes, avec une bande légèrement compressive autour de la jambe et du pied.

Obs. CCLXV. — *Fracture oblique du tiers inférieur des deux os de la jambe droite. Appareil plâtré. Guérison.* — Jelin (Henri), trente-sept ans, garçon boucher, entre le 12 décembre 1881, n° 19, salle Sainte-Marthe. Est tombé de sa voiture, qui était heureusement vide et dont l'une des roues lui a passé sur le bas de la jambe.

Etat actuel. — Gonflement du tiers inférieur de la jambe, gagnant le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne et descendant sur la face plantaire du pied jusqu'à la racine des orteils. Teinte ecchymotique de la peau sur les faces postéro-interne de la partie inférieure de la

jambe. Mouvements du pied impossibles. Raccourcissement de 1 centimètre et demi. A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, crépitation manifeste et mobilité anormale. Les fragments sont obliques. L'inférieur, situé à la partie postérieure, est fortement tiré en haut, le supérieur est en avant et en bas. Le péroné est également fracturé au même niveau et les fragments ont la même obliquité que ceux du tibia, mais avec un déplacement moins prononcé. — Coussin et compresses d'alcool camphré. Le septième jour, attelles plâtrées.

27 *janvier* 1882. — Consolidation. Appareil silicaté.

29. — Le malade est envoyé à Vincennes, il part avec son appareil silicaté et commence à se servir de béquilles.

Obs. CCLXVI. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Consolidation.* — Vigneron (Louis), vingt-neuf ans, maréchal-ferrant. entre le 17 février 1882, n° 4, salle Saint-Augustin. Bonne santé habituelle; alcoolisme.

Le 17 février, reçoit un coup de pied de cheval, tombe et ne peut se relever.

Etat actuel. — Très légère mobilité anormale, pas de crépitation au niveau du tiers inférieur de la jambe, pas de déformation, pas d'ecchymose. — Gouttière. — Pendant la nuit le malade est réveillé par de nombreux soubresauts partant de la jambe malade.

22 *février.* — On peut percevoir un peu de crépitation; la mobilité anormale est plus manifeste. Les deux os sont fracturés au même niveau. — Appareil plâtré.

4 *mars.* — Le malade se plaint de souffrir de sa jambe. — On enlève l'appareil plâtré. Gouttière.

6. — On met une bande plâtrée en étrier, que l'on enlève le 17 avril.

La jambe est consolidée ; elle est très droite, le pied légèrement porté en dedans. Le malade se lève ; il va à Vincennes le 15 avril.

Obs. CCLXVII. — *Fracture des deux os de la jambe droite au tiers inférieur. Appareils plâtré et silicaté. Guérison.* — Israël (Alphonsine), quarante-huit ans, ouvreuse de loge, entre le 1er novembre 1880, n° 43, salle Sainte-Marthe. La veille, étant montée sur une chaise, elle glissa et en tombant elle eut la jambe embarrassée entre les barreaux de la chaise.

État actuel. — La jambe droite, comparée à la gauche, est notablement plus volumineuse. Le gonflement s'étend de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen à la partie moyenne de la face dorsale du pied : phlyctènes assez grosses. Le pied repose sur son bord externe. La malade ne peut soulever sa jambe. A 2 centimètres du tiers inférieur est une saillie anormale distendant la peau et douloureuse à la pression. Immédiatement après cette saillie, une dépression : mobilité, crépitation. Du côté du péroné, en faisant la même manœuvre, on sent également une saillie très peu accusée à 1 centi-

mètre et demi au-dessous de celle formée par le fragment supérieur du tibia. — Gouttière et compresses imbibées d'alcool camphré.

Le septième jour, réduction et appareil plâtré.

7 *décembre.* — On enlève l'appareil, la consolidation n'est pas obtenue. Nouvel appareil plâtré.

30. — L'appareil est retiré, il semble qu'il existe encore un peu de mobilité; on met la jambe dans un appareil silicaté.

3 *janvier* 1881. — La malade commence à se servir de béquilles.

7. — On l'envoie au Vésinet, avec son appareil silicaté.

Obs. CCLXVIII. — *Fracture des deux os de la jambe droite au tiers inférieur. Appareil plâtré. Guérison.* — Coupel (Isidore), vingt-huit ans, scieur de long, entre le 3 novembre 1881, n° 2 *bis*, salle Sainte-Marthe. En plaçant des pièces de bois sur un établi, une de ces pièces, pesant 30 kilogrammes, a roulé et est venue frapper le bas de la jambe droite qui se trouvait plus en avant que la gauche. Quand il a voulu marcher, il est tombé, sa jambe ne pouvant le supporter.

État actuel. — Tuméfaction du cou-de-pied et de toute la moitié inférieure de la jambe. La pointe du pied est tournée en dehors. Impuissance du membre. Au toucher, douleur vive à trois et presque quatre travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne, saillie à ce niveau formée par le tibia. Mobilité anormale, crépitation. Le péroné est également fracturé et ces deux fractures sont transversales et symétriques, peu de déplacement. — Coussins et compresses d'alcool camphré. Le sixième jour appareil plâtré.

20 *novembre.* — On enlève l'appareil : silicate.

26. — Le malade va à Vincennes avec son appareil. Il marche à l'aide de béquilles, mais sans appuyer sur la jambe blessée.

Obs. CCLXIX. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Appareil inamovible. Guérison.* — Rousselot (Moïse), cinquante-huit ans, boutonnier, entre le 19 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Syphilis à 17 ans. Le matin de l'entrée il a glissé dans son escalier, est tombé la jambe sous lui et n'a pas pu se relever.

État actuel. — Fracture transversale au tiers inférieur de la jambe gauche. Symptômes classiques. Les deux os sont fracturés au même niveau. — Attelles plâtrées de Maisonneuve. Iodure de potassium 2 grammes. — Les douleurs cessent, le malade dort et mange bien.

17 *juillet.* — Botte silicatée. La consolidation n'est pas complète.

23. — Part pour Vincennes.

Obs. CCLXX. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Consolidation. Pas de raccourcissement.* — Garnier (Léon), cinquante-quatre ans, menuisier, entre le 12 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 31.

Le 12 mars, tombe de sa hauteur et ne peut se relever. Il ressent une vive douleur à la jambe, et une fois qu'on l'a relevé il lui est impossible de marcher. On le transporte à l'hôpital.

État actuel. — Fracture transversale des deux os de la jambe à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs (mobilité anormale, crépitation, peu de déformation. Pas d'épanchement sanguin).

Appareil plâtré le 14 mars.

Pendant plusieurs nuits de suite le malade est réveillé par des soubresauts assez violents qui l'empêchent de dormir. — Chloral 2 grammes.

15 *avril.* — On enlève l'appareil plâtré. La consolidation est parfaite. Le malade commence à se lever. Il marche un peu, et part pour Vincennes le 22.

Obs. CCLXXI. — *Fracture oblique des deux os de la jambe au tiers inférieur. Appareils plâtré et silicaté. Consolidation.* — Moran (Louis), trente-sept ans, garçon marchand de vin, entre le 29 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 28. En descendant un tonneau vide dans une cave, ce tonneau est venu frapper le devant de la jambe gauche et l'a renversé. Il n'a pu se relever et a ressenti une violente douleur.

État actuel. — Gonflement de la moitié inférieure de la jambe gauche et d'une partie du pied. Ecchymose au niveau du tiers inférieur avec le tiers moyen. Douleur très vive en ce point. Impuissance du membre. La pointe du pied est tournée en dehors. Le tibia et le péroné sont fracturés obliquement au même endroit à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Le tibia fait une saillie en avant et un peu en dehors; le fragment supérieur du péroné est déplacé en avant. Le déplacement du côté de cet os est très peu marqué. — Coussins et compresses d'eau blanche.

7 *juin.* — Appareil plâtré ; et le 11 *juillet :* appareil silicaté.

27. — Le malade est envoyé à Vincennes, il part avec son appareil.

Obs. CCLXXII. — *Fracture oblique des deux os de la jambe au tiers inférieur. Appareils plâtré et silicaté. Guérison.* — Lecoutre (Auguste), trente-trois ans, maçon, entre le 11 juillet 1881, n° 73, salle Saint-Augustin. A sauté d'un premier étage : impotence de la jambe droite.

État actuel. — Presque toute la jambe est gonflée et le gonflement est principalement marqué autour de l'articulation tibio-tarsienne. Large ecchymose occupant la face interne de la jambe. Le pied est porté en dedans. Douleurs. Mouvements impossibles. On constate que la fracture du tibia siège à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. En ce point la douleur est très vive. Crépitation, mobilité. Le fragment supérieur est porté en avant et en dedans, l'inférieur en arrière et également en dedans. Le péroné est fracturé à 2 centimètres plus haut, son fragment supérieur est porté en dehors. Rien du côté de l'articulation tibio-tarsienne. Pendant trois jours : compresses arrosées d'alcool camphré, et au bout de ce temps, appareil plâtré.

21 *août.* — La consolidation est presque complète. Appareil silicaté. — Va à Vincennes le 27, avec des béquilles.

Obs. CCLXXIII. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Attelles plâtrées. Guérison.* — Moche (Edouard), trente-quatre ans, serrurier, entre le 26 mars 1882, n° 31, salle Sainte-Marthe. Il a fait une chute et n'a pu se relever.

État actuel. — Gonflement peu considérable étendu de l'articulation tibio-tarsienne à la moitié de la jambe. Douleurs vives ; légère ecchymose à quelques centimètres au-dessus du pli articulaire. Le pied est dans la position normale. A l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, saillie osseuse ; mobilité, crépitation.

Le fragment supérieur est porté en dehors et un peu en avant, l'inférieur au contraire en arrière. La fracture est oblique de haut en bas et d'avant en arrière. — Coussins et compresses d'alcool camphré ; le sixième jour, attelles plâtrées.

10 *mai.* — Consolidation. Bande compressive. Le malade commence à marcher avec des béquilles. Va à Vincennes le 12.

Obs. CCLXXIV. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Appareil plâtré. Phlegmon au niveau de la fracture le douzième jour. Incision. Drainage. Guérison.* — Petit (Alexandre), quarante-huit ans, corroyeur, entre le 14 décembre 1881, n° 74, salle Saint-Augustin. Le 14 *décembre*, il glissa d'une table par terre et tout son poids porta à faux sur la jambe droite. Il ne put se relever. Le lendemain, 15, on constate une fracture de jambe au tiers inférieur, le trait de fracture du tibia est dirigé en bas et en arrière ; au bord interne de l'os on sent une pointe mousse qui fait partie du fragment supérieur. Le péroné est fracturé transversalement. La peau de la face antéro-interne de la jambe présente une large éraflure avec teinte ecchymotique, et il est probable qu'en tombant elle a été contusionnée contre le bord de la table. Appareil plâtré. Les jours suivants rien de particulier. Le 23, le malade a un peu de fièvre et ne mange pas. De plus on constate au niveau de la fracture, là où la plaie était ecchymosée, du gonflement et de la rougeur. On fait une large échancrure à l'appareil plâtré. Les jours suivants le gonflement augmente peu à peu, la fièvre persiste, il y a de l'anorexie.

29. — La fluctuation devient évidente et on fait une incision au bord interne du tibia. Il sort une quantité notable de pus.

30. — Le malade est soulagé, mais la pression à la partie postérieure de la jambe fait sourdre du pus.

31. — On renforce l'appareil au côté externe, on le complète au pied et à la partie supérieure de la jambe afin de maintenir l'immobilité parfaite, et on l'échancre largement jusqu'à la partie postérieure, un drain est alors passé de l'incision déjà pratiquée à la partie médiane et postérieure du mollet pour donner au pus un

écoulement facile. A partir de ce moyen amélioration progressive. Guérison au bout de deux mois et demi.

Obs. CCLXXV. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur. Rhumatisme. Consolidation sans raccourcissement. Guérison.* — Lemeray (Ferdinand), vingt et un ans, graveur, entre le 8 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. — Nombreuses attaques de rhumatisme articulaire aigu pour lesquelles il a gardé le lit plusieurs fois. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Pas de rachitisme. Déformation rhumatismale des mains. Doigts déjetés sur le bord cubital. Avant-hier chute de sa hauteur; douleur vive à la jambe gauche et ne peut se relever.

État actuel. — Fracture au tiers inférieur de la jambe. Pas de déplacement. Mobilité anormale. Crépitation. Peu de gonflement, pas d'ecchymose. Les deux os sont fracturés au même niveau. Gouttière; et le 14 : plâtre.

21. — Douleurs rhumatismales; salicylate de soude 4 grammes.

1er *mars.* — Les douleurs ont disparu : suppression du salicylate de soude.

10. — Douleurs rhumatismales dans les épaules et dans les deux jambes, plus fortes du côté de la fracture; salicylate de soude 2 gr.

15. — Les douleurs persistent : salicylate de soude 6 grammes.

18. — Amélioration notable. Le lieu de la fracture est le siège d'une vive sensibilité cutanée.

25. — On enlève le plâtre, un peu de mobilité. — Nouvel appareil.

8 *avril.* — Guérison. Va à Vincennes.

Obs. CCLXXVI. — *Fracture compliquée des deux os de la jambe au tiers inférieur. Guérison sans accidents.* — Brunnot, quarante et un ans, machiniste, entre le 10 janvier 1880, n° 71, salle Saint-Augustin. — Est tombé d'une hauteur de 5 mètres, debout, avec un fardeau sur les épaules. Impossibilité de se relever.

État actuel. — Fracture des deux os de la jambe à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Le tibia, taillé un peu en biseau en avant, a perforé les téguments et fait issue d'environ 2 centimètres. Le fragment inférieur est remonté et situé un peu en dehors. La plaie a environ 3 centimètres de large sur 1 centimètre de long. Hémorrhagie peu abondante. Réduction : attelles de Maisonneuve. Compression sur la plaie avec de l'amadou phéniqué.

11. — Nuit tranquille, très peu de douleurs. Occlusion de la plaie avec de la baudruche et du collodion. Légère compression avec un peu d'ouate sur le fragment supérieur. T. S. 38°2. P. 70.

18. — Pas de fièvre, très bon état général. La fièvre traumatique n'a duré que vingt-quatre heures.

23 *février.* — La consolidation n'est pas complète, la plaie est presque entièrement cicatrisée. On resserre l'appareil.

2 *mars.* — Le malade se lève sur un fauteuil.

10. — Appareil silicaté : marche avec des béquilles ; et le 26, sortie.

Obs. CCLXXVII. — *Fracture compliquée des os de la jambe au tiers inférieur. Guérison.* — Valter (Alphonse), seize ans, journalier, entre le 26 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Le 26 février, le malade est renversé par un fiacre vide, dont une roue lui passe sur la jambe. Il ne peut se relever et est immédiatement transporté à l'hôpital. On peut alors constater, en même temps que les signes d'une fracture des deux os au niveau de l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe, l'existence d'une plaie à ce niveau, plaie donnant issue à une assez grande quantité de sang, au point de nécessiter l'application d'amadou et d'une compression assez énergique.

27 *février.* — Occlusion de la plaie par du collodion et de la gaze phéniquée. Pansement de Lister par-dessus. — Gouttière.

Pendant les jours suivants, jusqu'au 18 mars, le malade se plaint de douleurs diverses dont le siège est tantôt au lieu de sa fracture, tantôt au genou, tantôt au cou-de-pied.

18 *mars.* — Douleurs plus vives que de coutume au niveau de la plaie, un peu de rougeur tout autour. On enlève la cuirasse de collodion. Il y avait dessous un peu de pus. La plaie bourgeonne bien. La fracture est consolidée. Le malade va à Vincennes le 1er avril. Guérison.

Obs. CCLXXVIII. — *Fracture compliquée des deux os de la jambe droite. Guérison.* — Pagot, trente-quatre ans, terrassier, entre le 13 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Alcoolisme. A eu il y a trois ans un écrasement du pied pour lequel il a été soigné et bien guéri à l'hôpital Lariboisière. A reçu sur la jambe droite un coup de pied vigoureusement appliqué ; n'a pu se relever.

État actuel. — La fracture existe à un travers de main au-dessus de l'interligne articulaire tibio-tarsien. Cette fracture directe présente son fragment supérieur avec tendance à perforer la peau, et obliquement taillé. Les deux os sont fracturés au même niveau. De plus, au niveau de la face interne du tibia, existe une petite plaie à peine perceptible, mais ayant donné lieu à un écoulement de sang assez considérable, et communiquant manifestement avec le foyer de la fracture. Le fragment supérieur est anguleux et pénètre dans le fragment inférieur, tout en le débordant un peu à la partie interne. — Occlusion de la plaie. — Scultet.

15 *février.* — Plâtre laissant libre la plaie.

10 *mars.* — La plaie est cicatrisée, et la consolidation paraît en bonne voie.

10. — Nous retirons l'appareil : consolidation parfaite, mais raideur. Bains sulfureux, frictions avec de l'eau-de-vie camphrée. Compression ouatée.

20. — Va à Vincennes en s'appuyant à peine sur une béquille.

Obs. CCLXXIX. — *Fracture des deux os de la jambe droite à 6 centimètres au-dessus du sommet des malléoles. Appareil plâtré. Guérison.* — Chéteau (Frédéric), trente-sept ans, entre le 12 février 1882, n° 34, salle Sainte-Marthe. Un homme lui a porté un violent coup de pied sur la jambe droite. Tombé aussitôt à la renverse, il s'est relevé, mais n'a pu marcher.

État actuel. — Gonflement limité au tiers inférieur de la jambe. Légère ecchymose à quatre travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole. Déformation consistant en une courbure à convexité antérieure. Le pied en dehors et formant un angle aigu avec la jambe.

Douleurs spontanées très vives. Impuissance fonctionnelle. A 6 centimètres au-dessus de la malléole interne, saillie puis dépression. Le fragment inférieur est porté en avant tandis que le supérieur est porté en arrière et en dehors. Du côté du péroné, fracture oblique à 1 centimètre plus haut. Crépitation. — Compresses résolutives pendant trois jours. — Le quatrième jour, attelles plâtrées.

28 *mars.* — La consolidation est presque complète. Nouvel appareil plâtré.

20 *avril.* — Appareil silicaté. Le malade se lève et va commencer à marcher avec des béquilles.

2 *mai.* — Consolidation. Départ pour Vincennes.

Obs. CCLXXX. — *Fracture du tibia droit à la partie moyenne de la jambe. Fracture bi-malléolaire du même côté produite par une chute (chez un sujet alcoolique). Guérison.* — Legrand (Joseph), vingt-neuf ans, cocher, entre le 2 août 1882, n° 53, salle Sainte-Marthe. Alcoolisme. — Le 2 août, en descendant un trottoir, le malade fait un faux pas. Son pied tourne, il tombe et ne peut se relever. Transport immédiat à l'hôpital, où on lui met la jambe droite dans une gouttière.

État actuel. — Ecchymose et gonflement de toute la partie inférieure de la jambe, surtout notable au niveau du cou-de-pied. Déformation considérable; léger raccourcissement, déviation du pied en dehors. Crépitation et douleur vive au niveau de la partie moyenne du tibia; crépitation et mobilité anormale considérable au niveau de la base des malléoles. A ce niveau, on peut facilement, malgré l'infiltration sanguine, sentir la base de la malléole interne qui soulève la peau en dedans. — Gouttière, et compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

Pendant les premiers jours, douleurs sourdes, au niveau de la jambe malade, et soubresauts réveillant le malade au moment où il va s'endormir.

6 *août.* — Le gonflement est encore considérable. — Le 11 : appareil plâtré.

16 *septembre.* — On enlève l'appareil : aucune déformation. Un

peu de raideur dans l'articulation tibio-tarsienne. Bains. — Exeat le 23 septembre.

Obs. CCLXXXI. — *Fracture oblique des deux os de la jambe. Appareils plâtrés. Consolidation.* — Dujardin (Louis), quarante-deux ans, zingueur, entre le 3 mai 1882, n° 8, salle Saint-Augustin. Etant en état d'ivresse, il a été renversé par un fiacre dont les roues lui ont passé sur la jambe droite.

État actuel. — Un peu au-dessous du tiers moyen est un point douloureux et une saillie. Mobilité et crépitation anormale. Le tibia est fracturé obliquement; le fragment supérieur est porté en avant et en dedans; le péroné est fracturé au même niveau et obliquement aussi. — Immobilisation du membre sur un coussin; compresses d'alcool camphré.

8 *mai.* — Réduction. Appareil plâtré.

18 *juin.* — Appareil silicaté. La consolidation est presque complète.

22. — Commence à marcher avec des béquilles et le 27 va à Vincennes.

Obs. CCLXXXII. — *Fracture des deux os de la jambe sus-malléolaire. Appareil inamovible. Guérison.* — Pinot (Nielaine), cinquante-huit ans, journalière, entre le 20 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 34.

Alcoolisme. — Le jour de son entrée à l'hôpital, en descendant son escalier, a glissé et est tombée assise sur son pied gauche. Elle n'a pu se relever.

État actuel. — Signes d'une fracture sus-malléolaire par adduction forcée. La malléole externe est arrachée à deux travers de doigt de son sommet, l'interne est brisée à sa base. Gonflement.

Gouttières en fil de fer. Compresses d'alcool camphré.

29 *novembre.* — Attelles plâtrées de Maisonneuve.

26 *décembre.* — Sort, ne souffrant plus, s'appuyant sur son appareil qu'elle devra garder encore une huitaine de jours.

Obs. CCLXXXIII. — *Fracture des deux os de la jambe droite. Guérison sans raccourcissement.* — Baurin (Auguste), trente-deux ans, photographe, entre le 18 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Dans l'enfance, affection du genou gauche (probablement tumeur blanche) qui l'a tenu au lit pendant plus de six mois et qui s'est terminée par une ankylose de l'articulation du genou. Le 18 juin, en marchant, son pied droit vient à tourner. Étant maladroit de la jambe gauche, en raison de son ankylose, il ne peut se retenir et tombe. Il sent un craquement au niveau du cou-de-pied droit, et ne peut se relever.

État actuel, 19 *juin.* — Le pied droit est légèrement dévié en dehors; le cou-de-pied, le dos du pied et la partie inférieure de la jambe sont tuméfiés. La mobilité anormale est considérable; fracture transversale au niveau de la base des malléoles. — Gouttière.

Jusqu'au 22 juin, le malade eut, la nuit, de nombreux soubresauts au moment où il allait s'endormir. — Appareil plâtré.

Pendant les nuits suivantes quelques soubresauts qui allèrent bientôt en diminuant.

Il sort le 28 juillet. Il marche très bien avec un bâton.

Obs. CCLXXXIV. — *Fracture sus-malléolaire des deux os de la jambe droite. Variété de Dupuytren. Guérison.* — Slinckert, trente-deux ans, cordonnier, entre le 2 janvier 1882, n° 32, salle Sainte-Marthe.

Il a glissé sur le bord d'un trottoir, et son pied s'est porté en dedans: d'où arrrachement de la malléole interne au lieu d'élection et consécutivement fracture de la malléole externe, diastasis de l'articulation. — Gouttière plâtrée après réduction.

15. — Consolidation parfaite. Va à Vincennes le 16 février. Bandage roulé autour de la jambe.

Obs. CCLXXXV. — *Fracture transversale de la partie inférieure des deux os de la jambe gauche. Appareil plâtré. Guérison sans raccourcissement.* — Moreau (Émile), vingt ans, marchand, entre le 21 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Le 21 juin au matin, une voiture chargée de pommes de terre lui tombe sur les reins. La jambe gauche fléchit, se tord, et le malade tombe. Il ne peut se relever.

A son entrée. — La partie inférieure de la jambe gauche ainsi que le cou-de-pied de ce côté sont enflés. Ecchymose. A 1 centimètre à peu près au-dessus de la base des malléoles, mobilité anormale très prononcée, crépitation. — Gouttière. Compresses d'eau blanche.

23. — Le malade a eu de nombreux soubresauts pendant la nuit: phlyctènes. — Appareil plâtré.

27 *juillet.* — On enlève l'appareil plâtré. La jambe est absolument droite. La consolidation n'est pas tout à fait complète. — Bande roulée plâtrée autour de la jambe.

3 *août.* — Il marche assez bien avec un bâton. — Va à Vincennes le 5.

Obs. CCLXXXVI. — *Fractures malléolaires des deux jambes. Appareil plâtré. Guérison.* — Gabelin (Armand), quarante ans, journalier, entre le 25 octobre 1880, n° 1, salle Saint-Augustin. Il est tombé d'un premier étage sur les pieds. Aussitôt douleur extrêmement vive au niveau des articulations tibio-tarsiennes; marche impossible.

État actuel. — Gonflement énorme des deux pieds et principalement de la face dorsale jusqu'à la racine des orteils. Le pied droit est porté en dehors, le gauche est dans la rectitude. Sur ce pied d'une malléole à l'autre on trouve 16 centimètres, tandis que sur le pied gauche on trouve 12 centimètres; donc il y a grand écartement. Crépitation articulaire. En prenant le calcanéum à pleine main, on sent une crépitation très nette; cet os semble cassé. La simple pression sur sa face externe produit aussi une douleur très vive et

de la crépitation. Du côté du pied gauche, on remarque sur la partie inférieure du tibia, à deux travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole interne, une encoche très prononcée. En ce point la pression éveille une douleur intense. Du côté du péroné, encoche moins marquée et point douloureux. — Immobilisation sur un coussin et compresses résolutives. — Le sixième jour appareil plâtré.

21 *décembre.* — On enlève l'appareil : la mortaise tibio-péronière est encore très élargie. Appareil silicaté.

2 *janvier.* — Commence à marcher avec des béquilles : part pour Vincennes.

Obs. CCLXXXVII. — *Fracture bi-malléolaire de la jambe gauche. Guérison.* — Dufour (Victor), vingt-huit ans, garçon plombier, entre le 28 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22. Hier au soir, a reçu un vigoureux coup de poing sur l'œil gauche : faux pas, se tord le pied et tombe : ne peut se relever immédiatement, transporté à l'hôpital. — Gouttière.

État actuel. — Tuméfaction du cou-de-pied : écartement manifeste des deux malléoles. La malléole externe est arrachée à sa base, et la malléole interne est simplement fissurée.

1er *avril.* — Le gonflement a totalement disparu. — Gouttière plâtrée.

1er *mai.* — Consolidation aussi parfaite que possible. — Bains sulfureux, frictions avec de l'alcool camphré. — Exéat.

Obs. CCLXXXVIII. — *Fracture bi-malléolaire. Guérison.* — Grosieux (Jules), ferblantier, cinquante-six ans, entre le 27 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 33. Le 17 février, ce malade portait sur l'épaule un paquet assez lourd, lorsque, glissant sur une écorce d'orange, son pied se tord en dedans. Le malade tombe et ne peut se relever.

État actuel. — Fracture bi-malléolaire (douleur, crépitation, augmentation de volume au niveau de la partie inférieure de la jambe). Pas de déviation du pied.

28 *avril.* — On met un appareil plâtré (bande en étrier).

16. — On enlève le plâtre. La consolidation est parfaite. Le pied est légèrement porté en dedans. Il n'y a pas de raccourcissement, pas d'augmentation de volume au niveau du cal. Pas de raideur articulaire dans l'articulation tibio-tarsienne. Il peut marcher un peu le 17 avril et sort le 22.

Obs. CCLXXXIX. — *Fracture bi-malléolaire de la jambe droite. Guérison sans raccourcissement.* — Lancesseur (Aimable), paveur, soixante-sept ans, entre le 9 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 80. Le 8 avril, il marche sur une pelure d'orange, son pied tourne en dedans, il tombe sans pouvoir se relever. Impossibilité de dormir pendant la nuit; battements douloureux, soubresauts très fréquents au moment où le malade allait s'endormir.

État actuel. — Augmentation considérable dans le volume de l'extrémité inférieure de la jambe droite. Un peu de mobilité anormale, crépitation au niveau de la base des malléoles, pas de déformation. — Gouttière.

13 *avril.* — Le gonflement a en grande partie disparu; phlyctènes. — Appareil plâtré.

15 *mai.* — On enlève l'appareil : consolidation satisfaisante.

20. — Il va à Vincennes. Il marche assez bien avec une canne.

Obs. CCXC. — *Fracture bi-malléolaire de la jambe droite avec rotation du pied en dehors. Guérison.* — Marie (Louis), quarante-huit ans, ébéniste, entre le 30 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. Ce malade est attaqué et renversé pendant la nuit. Il peut se relever, mais non appuyer sur la jambe droite. Admis à l'hôpital. — Gouttière. Compresses d'eau blanche.

État actuel. — Le pied droit est dévié en dehors. Mobilité anormale et crépitation au niveau de la partie inférieure de la jambe. Fracture au niveau de la base des deux malléoles. Peu de gonflement. — Gouttière.

3 *août.* — Appareil plâtré.

1er *septembre.* — On enlève l'appareil. La consolidation est satisfaisante. L'articulation tibio-tarsienne est un peu raide. — Bains, frictions d'alcool camphré. — Exeat le 4.

Obs. CCXCI. — *Fracture bi-malléolaire. Appareil inamovible. Guérison.* — Cune (Joseph), trente-six ans, ébéniste, entre le 17 janvier 1881, n° 3, salle Saint-Augustin. Monté sur un tas de planches, il a glissé, est tombé et son pied droit s'est trouvé pris entre plusieurs de ces planches comme dans un étau. Marche impossible.

État actuel. — Gonflement considérable s'étendant du milieu de la face dorsale du pied jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe. Mais le gonflement est surtout énorme au niveau de l'articulation. Pied dans la rotation en dedans. — Gouttière : compresses résolutives.

Le cinquième jour, le gonflement ayant diminué, nous reconnaissons qu'il existe une fracture des deux malléoles. Le péroné est fracturé à 1 centimètre au-dessus de la base de sa malléole : pas de coup de hache, mais crépitation des plus manifestes, de même du côté de la malléole tibiale. — Compresses d'alcool camphré.

28 *janvier.* — Appareil plâtré. — Le 21 février : appareil silicaté.

15 *mars.* — Le malade va à Vincennes. La consolidation est obtenue.

Obs. CCXCII. — *Fracture bi-malléolaire de la jambe droite. Luxation du pied en arrière. Guérison.* — Bureau (Paul), vingt-huit ans, comptable, entre le 3 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22. Alcoolique.

Syphilis à l'âge de dix-sept ans. Le 3 juin, étant gris, il tombe sur le rebord d'un trottoir. Il peut se relever, mais non faire un pas.

État actuel (4 juin). — Gonflement assez notable de la partie inférieure de la jambe et du cou-de-pied. La déformation est la suivante : diminution de la longueur de l'avant-pied, augmentation de la courbure sous-calcanéenne par suite de la chute du talon en arrière, saillie en avant du bord antérieur de la mortaise péronéo-tibiale. On sent en outre, de chaque côté, un rebord net formé par la base des deux malléoles fracturées. — Gouttière.

6 *juin*. — La réduction est très difficile. La déformation se reproduit très facilement. Appareil consistant en une gouttière échancrée à la partie interne, où se trouve une excavation.

Comme la déformation se reproduit avec la plus grande facilité, on suspend le pied pendant que le plâtre sèche en faisant passer sous le talon une bande fixée aux tringles supérieures du lit, tandis qu'une autre bande passant sur la face antérieure de la jambe va se fixer aux tringles inférieures du côté du sommier.

27 *juillet*. — On enlève l'appareil plâtré; la consolidation est parfaite. Il n'y a que très peu de déformation. — Exeat le 3 août.

Obs. CCXCIII. — *Fracture du péroné par abduction. Arrachement de la malléole interne. Plaie de la région péronière. Guérison.* — Frichet (Désiré), homme de peine, cinquante-trois ans, entre le 12 janvier 1881, n° 8, salle Saint-Augustin. Il est tombé la veille avec une charge dans un escalier, le pied tourné en dehors, et s'est fait contre le coin d'une marche une plaie linéaire de la région péronière. Cette plaie, longue de 10 centimètres, part de 3 centimètres au-dessus de la malléole et suit la direction du péroné. Un médecin appelé aussitôt en réunit les deux bords par dix points de suture métallique. La prudence empêchant toute exploration, nous n'avons pu savoir si elle communiquait avec la fracture du péroné. Celle-ci a son foyer à deux travers de doigt au-dessus de la malléole sans déplacement notable. Les ligaments latéraux internes de l'articulation tibio-tarsienne ont arraché avec eux le sommet de la malléole tibiale. Il existe de plus une entorse du poignet gauche sans fracture du radius.

14 *janvier*. — On enlève les sutures et on les remplace par des bandelettes de tarlatane. Cette plaie est d'ailleurs réunie par première intention. — Pansement ouaté. Compresses résolutives sur le poignet. Pil. op. 0,05.

18. — Même état général satisfaisant. Aucune douleur à la jambe.

23 *février*. — La plaie est complètement cicatrisée. La consolidation complète aussi. Les mouvements du genou peu douloureux, entiers. Ceux du pied limités. Bain.

24. — Le malade se lève. Œdème de la jambe.

3 *mars*. — Bas lacé. Exéat pour Vincennes. Pas de déformation, peut s'appuyer sur son pied. Seule, l'articulation tibio-tarsienne présente encore une certaine raideur.

Obs. CCXCIV. — *Fracture bi-malléolaire communiquant avec l'articulation tibio-tarsienne. Appareil plâtré. Guérison.* — Didelot (Joseph), trente-deux ans, forgeron, entre le 1er janvier 1881, n° 1, salle Saint-Augustin. Faux pas; son pied se serait tordu et aurait ainsi produit le mécanisme de la fracture par arrachement de la malléole externe, une distension du ligament interosseux et fracture consécutive de la malléole externe à 6 centimètres au-dessus de la base de cette saillie osseuse.

2 *janvier*. Appareil plâtré.

25 *février*. — Ablation de l'appareil. Guérison.

Obs. CCXCV. — *Fracture des deux os de la jambe. Alcoolisme aigu. Mort. Autopsie.* — Truffet (Jean-Claude), quarante-neuf ans, brasseur, entre le 8 juillet 1881, n° 32, salle Sainte-Marthe. Alcoolisme. Ce matin, a été renversé par une voiture pesante qui passe obliquement sur la jambe droite, au niveau du genou et sur la jambe gauche au-dessus des malléoles. Il ne peut se relever, on l'apporte à l'hôpital.

Il souffre peu, répond justement, mais un peu brusquement, aux questions. — Gouttière. Compresses résolutives; potion, extrait d'opium 0,05.

9 *juillet, matin*. — On constate que le malade, un peu bruyant mais encore sans délire et sans fièvre, présente des contusions multiples et étendues de la cuisse, du genou et de la jambe droite. Le membre de ce côté est plus douloureux que celui du côté opposé. A gauche, fracture sus-malléolaire des plus nettes, classique, siégeant à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation. L'exploration est peu douloureuse et n'arrache aucune plainte au malade. L'exploration de la sensibilité montre d'ailleurs qu'elle est émoussée sur tout le reste du corps. — Compresses résolutives et gouttière.

La nuit a été assez mauvaise, insomnie; néanmoins bon appétit. Deux potions de Todd, 20 centigrammes d'extrait d'opium.

Attelles plâtrées de Maisonneuve du côté de la fracture. A droite, on enveloppe le membre de ouate.

Le soir, délire léger d'abord, puis bruyant. Potion : 4 grammes de chloral; deux litres de vin. T. = 39°. P. = 100. Liens aux jambes.

11. — Le délire continue, mais peu violent. T. 38°,2. P. 90. Mange un peu. Même traitement.

12. — Le délire s'est continué toute la nuit, violent; les voisins n'ont pu dormir : il s'est levé plusieurs fois. L'appareil plâtré est brisé et la déformation du membre au niveau de la fracture exagérée.

Appareil de Scultet. Opium, 0gr,20. Trois litres de vin, deux potions de Todd. Il s'assoupit quelque temps l'après-midi.

13 *et jours suivants.* — Même état, il arrache son appareil, qu'on est obligé de remplacer par une gouttière au bout de deux jours. A force de vin on le calme un peu, il dort alors en ronflant. La température et le pouls oscillent entre 38° et 39° et 90 et 100 pulsations.

16. — Il semble un peu se calmer et ne délire plus par moments. A 3 heures du soir, au moment où il semblait aller le mieux, il est repris d'un délire violent, se débat, a des convulsions éclamptiques, puis tombe dans le coma et meurt au bout d'un quart d'heure environ.

Autopsie. — *Crâne* épais. Pas d'adhérence marquée des méninges. pas d'hématomes. Une légère suffusion séreuse sous-arachnoïdienne; cette sérosité est louche et opaline par place. Les veines de la pie-mère sont légèrement engorgées. Rien ailleurs, si ce n'est un piqueté sanguin de la substance blanche et de très minimes anévrysmes miliaires sur les artérioles striées surtout. Pas de lésions expliquant une mort aussi prompte. — *Poumons* congestionnés. — *Cœur* surchargé de graisse, légèrement hypertrophié. Caillots agoniques. Rien autre. — *Foie* gras. — *Epiploon* surchargé de graisse. — *Reins* un peu augmentés de volume, très congestionnés, présentant dans les espaces nte rpyramidaux une coloration brune violacée. Pas d'altération scléreuse évidente. — *Jambe fracturée.* Sang épanché dans les interstices musculaires et dans le tissu cellulaire sous-cutané remontant jusqu'à la partie supérieure du mollet.

Les deux os sont bien fracturés à deux travers de doigt au-dessus de la mortaise articulaire, tous les deux obliquement, le tibia en dedans et en bas, le péroné en dehors et en bas. A sa partie externe, le tibia présente quelques esquilles, mais la fracture ne va pas tout à fait jusqu'à l'articulation. Celle-ci ne contient qu'un peu de synovie légèrement rougeâtre.

R. — Fractures du tibia.

Les fractures isolées du tibia et du péroné ont avec les fractures des deux os de la jambe la plus grande analogie, au point de vue du mécanisme, des symptômes, des complications et du traitement.

Neuf observations de fractures isolées du tibia.

Causes.	Coup de pied d'homme..................	2 cas.
—	Choc d'un fourneau pesant 225 kilos.....	1 —
—	Chute dans un escalier..................	2 —
—	Chute du haut d'une échelle............	1 —
—	Chute au fond d'un bateau..............	1 —
—	Chute de hauteur d'homme, faux pas.....	2 —
	Total............	9 cas.

Siège. Union des tiers moyen et inférieur........... 8 cas.
— Base de la malléole.......................... 1 —

Direction. Transversale, sans déplacement.......... 4 —
— Cunéiforme (fracture en V), sans déplacement.................................. 1 —
— Oblique, déplacement.................. 1 —
— Oblique avec saillie du fragment supérieur sous la peau......................... 2 —
— Oblique avec perforation de la peau pour le fragment supérieur.................. 1 —

Traitement. Appareil plâtré immédiat............... 7 —
— Gouttière et compresses résolutives, puis plâtre............................. 2 —

Durée. — Huit fractures guérirent en l'espace d'un mois à six semaines, sans complications. Le traitement dura plus de trois mois chez le malade de l'observation CCXCVI, fracture à l'union du tiers supérieur du tibia avec le tiers moyen, perforation de la peau par la pointe du fragment supérieur; hémorrhagie, emphysème sous-cutané et consécutivement vaste phlegmon communiquant avec le foyer de la fracture. Il fallut faire des ouvertures et contre-ouvertures, et drainer le foyer de la fracture. Grâce aux lavages et aux pansements antiseptiques, grâce à un appareil inamovible plâtré convenablement disposé, une bonne consolidation fut obtenue malgré ces complications.

Obs. CCXCVI. — *Fracture transversale du tibia compliquée de plaie.* — Eugène Héran, quarante-six ans, feuillagiste, entre le 1er janvier 1881, n° 4, salle Sainte-Marthe. En descendant un escalier, son pied gauche a glissé et s'est tordu ; il est tombé à la renverse sur le côté droit, et c'est alors dans ce mouvement que la jambe gauche s'est fracturée.

État actuel. — Gonflement notable du membre malade. Fracture du tibia à l'union des tiers moyen et inférieur. A ce niveau, plaie qui a donné lieu, au dire du malade, à un écoulement de sang assez considérable. Le fragment supérieur tend à perforer la peau. Emphysème notable sur une grande partie de l'étendue du tibia à la partie interne. — Rien dans les urines. — Réduction. — Pansement par occlusion de la plaie. Appareil plâtré (gouttière échancrée latéralement pour permettre de surveiller la plaie).

7 *janvier*. — La plaie présente sur son pourtour un peu de rougeur.

10. — La rougeur s'est étendue; il y a du gonflement, de l'œdème et, en pressant sur toutes ces parties, on fait sortir du pus par la plaie. La pression est assez douloureuse. Compresses phéniquées.

15. — Le phlegmon s'est un peu étendu.

22. — Le décollement se limite, et la plaie suppure beaucoup moins.

26. — Amélioration sensible.

30. — Le malade a souffert la nuit et n'a pas dormi. Il accuse de la douleur dans sa jambe dans un point directement opposé à la plaie qui communique avec le foyer de la fracture. Il y a effectivement là de la rougeur, de l'empâtement et de l'œdème.

2 *février*. — Les phénomènes inflammatoires persistent sur ce point, et la fluctuation étant nettement reconnue, nous pratiquons une large contre-ouverture qui donne issue à une grande quantité de pus. En pressant, au voisinage de la plaie opposée, on favorise l'écoulement du pus. Le foyer de la fracture communique avec les deux plaies ; aussi plaçons-nous un drain dans la contre-ouverture : décollement considérable. — Pansement phéniqué. — L'état général du malade est assez satisfaisant. Pas d'appétit. Eau de Seltz.

4. — Le malade ne se plaint plus. L'écoulement persiste par les deux plaies. Lavages répétés. Pas de fièvre.

Fin d'avril. — Les plaies se sont cicatrisées et le cal a fini par se faire. Le malade se sent fort de sa jambe et finit par marcher peu à peu avec des béquilles. Traitement tonique : bains sulfureux et sirop de chlorhydro-phosphate de chaux. — Exéat.

Obs. CCXCVII. — *Fracture du tibia droit. Guérison*. — Pouget, trente-cinq ans, emballeur, entre le 30 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 26. Alcoolique. Coup de pied d'homme sur le tibia : chute. Le malade ne put se relever, et fut amené à l'hôpital.

Etat actuel. — La fracture siège à l'union du tiers moyen de l'os avec son tiers inférieur. Elle est oblique, et le fragment supérieur a des tendances à se porter du côté de la peau. Le péroné n'est pas fracturé. — Appareil plâtré.

15 *mars*. — Consolidation parfaite. Pas de déformatiou. Cal à peine appréciable. Mouvements du pied faciles, simple raideur. Guérison complète.

Obs. CCXCVIII. — *Fracture du tibia droit. Guérison*. — Tréthaut, trente-sept ans, estampeur, entre le 15 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 21. Alcoolique. Coup de pied d'homme sur le tibia. Le malade est tombé, n'a pu se relever.

État actuel. — Pas de plaie ; ecchymose sans valeur. Quant à la fracture, elle siège au niveau du tiers inférieur du tibia, sans déplacement ; c'est une fracture au trait très légèrement oblique, sans ten-

dance au chevauchement. La crépitation et la mobilité anormale sont des plus manifestes. Le péroné est intact. — Gouttière.

15 *février.* —Appareil plâtré.

5 *avril.* — La consolidation est aussi bonne que possible. Un peu de raideur. — Bain. Bandage simple de la jambe. Va à Vincennes.

Obs. CCXCIX. — *Fracture du tibia. Appareil plâtré. Guérison.* — Salliet (Auguste), trente-deux ans, pareur, entre le 29 juin, salle Saint-Augustin, n° 26 *bis.* Faux pas, le malade est tombé sur le tibia, qui s'est fracturé au tiers inférieur; le péroné ne paraît pas avoir été lésé. — Appareil plâtré.

Le 18 juillet, appareil silicaté. Il retourne dans sa famille où il gardera encore pendant quelque temps le repos.

Obs. CCC. — *Fracture du tibia droit à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Guérison.* — Dubocq (Désiré), vingt-quatre ans, épicier, entre le 17 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Il tombe du haut d'une échelle; dans sa chute, la jambe droite vient heurter le bord d'un comptoir. Il perd connaissance, et est transporté à l'hôpital.

État actuel. — Tuméfaction considérable occupant la moitié inférieure de la jambe droite; empâtement de cette région, qui est comme fluctuante. Si avec la pulpe du doigt on suit la crête du tibia, arrivé à l'union du tiers inférieur avec les tiers supérieurs, on constate que la ligne de cette crête s'arrête brusquement. A ce niveau, le doigt peut s'enfoncer un peu, puis, quelques millimètres plus bas, on retrouve la continuité de la crête. Pas de mobilité anormale ni de crépitation. — Gouttière et compresses résolutives.

14. — Le malade souffre beaucoup de la jambe ; la douleur à la pression est vive, surtout au niveau de l'enfoncement signalé précédemment.

17. — Appareil plâtré ; à partir de ce moment, les douleurs ont à peu près disparu.

14 *juin.* — On enlève l'appareil plâtré. La dépression qui existait sur le tibia a disparu ; le malade n'accuse plus de douleur à ce niveau. Il peut se lever.

18. — L'œdème malléolaire a à peu près disparu. Exéat.

Obs. CCCI. — *Fracture du tibia gauche au tiers inférieur. Appareil plâtré. Guérison.* — Chéron, vingt-quatre ans, serrurier, entre le 7 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. Il chargeait un fourneau sur une voiture, quand ce fourneau du poids de 225 kilos glissa et tomba sur la jambe du malade.

État actuel. — Le tibia est fracturé à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, et le trait de la fracture est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, de sorte que le fragment supérieur fait saillie du côté de la peau, qu'il a de grandes tendances à perforer.

Rejet en arrière du fragment inférieur. Le péroné est intact, et la peau ne présente aucune trace de plaie. — Gouttière.

8 *mars.* — Appareil plâtré.

15 *avril.* — Consolidation. Bandage roulé autour de la jambe. — Bains sulfureux.

Huit jours après, va à Vincennes, avec des béquilles.

Obs. CCCII. — *Fracture du tibia gauche à l'union des tiers moyen et inférieur. Guérison.* — Galland, quarante-cinq ans, marinier, entre le 1er février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Chute dans le fond du bateau, se tourne le pied et ne peut se relever.

Etat actuel. — La jambe est notablement gonflée, mais les téguments ne présentent aucune trace de plaie ou d'ecchymose. La fracture siège au niveau du tiers inférieur du tibia. Elle est transversale, pas de saillie des fragments. Le péroné nous paraît indemne.

1er *février.* — Application d'un appareil plâtré.

15. — Consolidation parfaite. Le cal n'est pas exubérant, et les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne se font sans douleur.

Le cal est assez douloureux. Pendant quinze jours même appareil : puis douches sulfureuses et bains sulfureux. Il parvient à marcher très convenablement avec des béquilles.

Obs. CCCIII. — *Fracture de l'extrémité inférieure du tibia. Guérison.* — Périn (Louis), trente-huit ans, cordonnier, entre le 30 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 34. Chute dans un escalier.

État actuel. — Fracture du tiers inférieur du tibia droit à l'union du tiers moyen de l'os avec son tiers inférieur. Le fragment supérieur est taillé en V, le fragment inférieur présente l'angle ouvert en haut, dans lequel se place le coin formé pour le fragment supérieur. Il y a peu de déplacement. La réduction étant maintenue : appareil plâtré.

15. — Consolidation parfaite : cal à peine appréciable. Mouvements du pied faciles.

Obs. CCCIV. — *Fracture de la malléole tibiale droite. Appareil plâtré. Consolidation parfaite.* — Sellier (Édouard), soixante ans, charretier, entre le 21 octobre 1882, n° 2, salle Saint-Augustin. En descendant de sa charrette, il a glissé sur un pavé et son pied droit a tourné, croit-il, en dedans. Il a fait quelques pas, puis a été forcé de s'arrêter.

Etat actuel. — Léger gonflement du pied et de l'articulation tibio-tarsienne, ecchymose à peine marquée et de l'étendue d'une pièce de 2 francs au voisinage de la malléole interne.

Au niveau de la base de la malléole interne, la douleur est très vive. A 1 centimètre de la malléole tibiale, on perçoit très nettement la crépitation sans avoir besoin de produire des mouvements du pied. — Compresses résolutives.

24 *octobre.* — Appareil plâtré.

20 *novembre.* — La consolidation est parfaite. — Exeat le 21.

S. — Fractures du péroné.

Vingt et une observations :

Causes.	Compression de la jambe (entre deux pavés, entre les battants d'une porte)...........	2 cas.
—	Choc de la jambe (par une voiture, par un fardeau)................................	2 —
—	Écrasement par une roue de voiture.......	1 —
—	Chute d'un lieu élevé....................	3 —
—	Faux pas et chutes avec renversement du pied..................................	13 —

En résumé, cinq cas de fractures par causes directes.

Les faux pas suivis de chutes se sont produits : sur le sol (6 cas), sur le bord d'un trottoir (4 cas), dans un escalier (2 cas), sur des solives (1 cas).

Les malades ne savent pas toujours dire quelle était la position du pied au moment de l'accident, de sorte que le mécanisme de la fracture reste souvent obscur.

Dans les observations qui suivent, le renversement du pied en dehors est noté cinq fois ; le renversement du pied en dedans trois fois (fracture par abduction et fracture par adduction.)

Siège.	Fracture du péroné au tiers moyen..........	1 cas.
—	— au tiers inférieur........	1 —
—	Fractures sus-malléolaires (5 à 7 centimètres au-dessus du sommet de la malléole)......	14 —
—	Fractures malléolaires.....................	5 —
Direction.	Fractures transversales, avec peu ou pas de déplacement..........................	15 —
—	Fractures transversales avec déformation en coup de hache.....................	4 —
—	Fracture transversale avec saillie du fragment supérieur à travers la peau.......	1 —
—	Fracture oblique avec saillie du fragment inférieur sous la peau.......	1 —

Complications. — Une seule fracture du péroné fut compliquée de plaie (obs. CCCXIX). Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui fit, au bord d'un trottoir, un faux pas

avec renversement du pied en dedans. La malléole externe fut brisée à 2 centimètres au-dessus de sa base. Au niveau de la fracture existait une plaie de 3 centimètres, à travers laquelle faisait saillie le fragment supérieur. Nous fîmes immédiatement la réduction, pansâmes la plaie par occlusion et appliquâmes un appareil plâtré. Il n'y eut pas de complications inflammatoires; mais malheureusement la réduction ne se maintint pas, nous dûmes mettre consécutivement quatre appareils plâtrés, et au bout de trois mois, lorsque la fracture fut consolidée, nous reconnûmes que le cal vicieux faisait saillie sous la peau et pouvait entraîner de graves inconvénients. Nous réséquâmes ce cal vicieux quatre mois et demi après l'accident, et nous eûmes le bonheur de voir survenir la guérison définitive un mois plus tard. En dehors de la longue durée du traitement, les résultats étaient aussi satisfaisants que possible.

Dans deux cas la fracture du péroné se compliqua d'entorse : 1° observation CCCVII, entorse tibio-tarsienne et entorse de l'articulation tibio-péronière inférieure; 2° observation CCCXV, entorse tibio-tarsienne. Il n'y eut pas de troubles fonctionnels persistants.

Dans un cas, observation CCCVI, des varices de la jambe se congestionnèrent fortement à la suite de la fracture, nécessitèrent l'application de cataplasmes et retardèrent ainsi la guérison.

Une femme de cinquante-neuf ans, rhumatisante (observation CCCV), eut un rappel de diathèse à la suite de sa fracture.

Enfin, un syphilitique (obs. CCCXXIII) eut de curieuses douleurs de la plante du pied et de la jambe qui résistèrent à l'emploi de l'iodure et du bromure de potassium, puis finirent par se calmer spontanément.

Obs. CCCV. — *Fracture du péroné. Cause directe.* — Bellue (Marie), cinquante-neuf ans, domestique, entre le 19 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 49. Bien portante, sauf des douleurs dans les articulations et dans les muscles. Le 18 décembre, a la jambe droite prise entre les deux battants d'une porte cochère : chute. Impossibilité de marcher.

Entrée à l'hôpital le 19. On constate une fracture du tiers moyen du péroné. — Appareil silicaté le 22 décembre. Douleurs articulaires à tous les changements de temps dans les membres ; pas de prédominance dans le membre fracturé. La malade commence à marcher avec des béquilles le 17 janvier, en gardant son appareil inamovible.

Elle part pour le Vésinet le 20 janvier. La marche est assez facile.

Obs. CCCVI. — *Fracture simple du péroné et contusion, chez un sujet variqueux. Guérison.* — Berton (Fr.), soixante-cinq ans, charretier, entre le 27 avril 1881, n° 76 *bis*, salle Saint-Augustin. Il a reçu sur la jambe droite une petite voiture qui a déterminé une fracture simple du péroné à l'union de son tiers inférieur avec ses tiers supérieurs et une contusion du membre. — Appareil de Scultet.

1er *mai.* — La jambe très variqueuse est tuméfiée et douloureuse, et nous constatons sur tout le tiers inférieur du membre une vaste ecchymose. — Cataplasmes émollients.

10. — La douleur a disparu, mais la tuméfaction persiste; de plus la consolidation ne paraît aucunement vouloir s'effectuer. — Appareil plâtré. Cataplasmes.

27. — C'est à peine si le cal commence à se former. Il n'y a plus ni ecchymoses ni tuméfaction du membre.

10 *juin.* — Le péroné paraît consolidé, mais le malade ne peut encore marcher. Appareil silicaté.

25. — Guérison. Sortie.

Obs. CCCVII. — *Fracture de l'extrémité inférieure du péroné gauche. Entorse tibio-tarsienne. Guérison.* — Wirth (Lucien), vingt-quatre ans, cocher, entre le 8 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 2. Le 8 mai, ce malade a été attaqué dans la rue, et violemment renversé. Quand il s'est relevé, il lui a été impossible d'appuyer le pied gauche par terre. Il en souffrait beaucoup et, depuis, la douleur du pied et de la jambe ont persisté. Il n'a pu dormir de la nuit.

Etat actuel. 9 mai. — Gonflement notable du cou-de-pied gauche. Pas d'ecchymose. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont douloureux. Douleur à la pression : 1° au niveau du ligament tibio-péronéen antérieur et inférieur ; 2° au niveau des ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne; 3° au niveau du péroné à 7 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole externe. Pas de mobilité anormale ni de crépitation. — Compresses d'eau blanche.

10 *mai.* — Le malade a été réveillé dans la nuit plusieurs fois par des saubresauts de la jambe. Le gonflement ayant diminué, nous pouvons, à 7 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole péronière, au niveau du point douloureux, sentir un peu de mobilité anormale quand on fait basculer un des deux fragments

du péroné. En outre ces deux fragments à ce niveau ne suivent pas tout à fait la même direction. — Appareil plâtré.

8 *juin.* — Consolidation : peut très bien marcher, et va à Vincennes le 10 juin.

Obs. CCCVIII. — *Fracture de la malléole externe droite. Guérison.* — Mourichon (Eugène), quinze ans, garçon maçon, entre le 18 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 32. Ce matin, il est tombé d'une échelle de la hauteur de 2 mètres avec un sac de plâtre sur l'épaule.

État actuel. — Douleur vive au niveau de la malléole externe droite, surtout limitée à 5 centimètres au-dessus du sommet de la malléole. Ecchymose à ce niveau. Dépression peu prononcée. Un peu de mobilité anormale et de crépitation. Rien à la malléole interne. — Appareil plâtré. Il commence à marcher le 25 novembre, et le 30 novembre 1881, il sort avec son appareil plâtré.

Obs. CCCIX. — *Fracture simple du péroné.* — Daubié, trente-cinq ans, cultivateur, se présente à notre consultation le 24 mai 1882. Ce malade a fait le 19 mai une chute de $1^m,50$ de hauteur. En touchant le sol, son pied s'est brusquement renversé en dehors. Croyant à une simple entorse, il s'est contenté de garder le repos et de se faire quelques frictions à l'alcool camphré. Persistance des symptômes. Nous constatons facilement les lésions d'une fracture du péroné ; douleur très vive à 5 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe. — Attelle plâtrée externe. Il retourne immédiatement chez lui.

Obs. CCCX. — *Fracture transversale de la partie inférieure du péroné. Appareil plâtré. Guérison.* — Renaud (Charles), cinquante-trois ans, homme de peine, entre le 29 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 14. En transportant avec une voiture plusieurs colis, l'un d'eux, mal équilibré, est tombé à terre et dans la chute a atteint le côté externe de la jambe gauche. Il a pu faire une trentaine de pas après l'accident, mais il a dû s'arrêter à cause des souffrances.

État actuel. — Sur la face externe et inférieure de la jambe gonflement peu marqué, et ecchymose très foncée siégeant au-dessus de la malléole externe sur une étendue de 4 centimètres.

A trois travers de doigt de la malléole externe, saillie peu prononcée ; crépitation et mobilité anormale. Le péroné est fracturé transversalement avec un déplacement très peu considérable.

2 *novembre.* — Gouttière plâtrée. Compresses d'eau blanche.

29. — Consolidation. Départ pour Vincennes.

Obs. CCCXI. — *Fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Guérison.* — Françoise Sauveu (femme Dosini), trente-neuf ans, journalière, entre le 21 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 43. Cette femme est tombée, le pied droit renversé en dehors.

État actuel. — Impossibilité absolue de demeurer debout en s'appuyant sur le membre inférieur droit. Douleur dans le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, mais plus spécialement localisée à 3 centimètres au-dessus et en dehors de l'interligne articulaire. Ecchymose à ce niveau et phlyctènes. Il n'y a pas de déplacement. — Appareil plâtré. — Le soir même toute douleur a disparu.

3 *février.* — Appareil silicaté. Va au Vésinet.

Obs. CCCXII. — *Fracture du péroné par arrachement. Gouttière plâtrée. Guérison.* — Bréval (Charles), quarante-six ans, fondeur en cuivre, entre le 19 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 17. La veille il a mis le pied droit entre deux pavés. Aussitôt, il a ressenti une très vive douleur au niveau de la cheville. Il a encore pu parcourir environ 40 mètres, mais force lui a été de s'arrêter. Dans la soirée sont apparus du gonflement et une teinte jaune et violacée au niveau de la face externe de l'articulation.

Etat actuel. — Gonflement de la face dorsale du pied droit et de l'articulation tibio-tarsienne. Ecchymose. Le pied est légèrement porté dans la rotation en dedans. Mouvements possibles mais douloureux de l'articulation. Douleur aiguë à 3 centimètres au-dessus de la base de la malléole externe, et en ce point on observe une dépression. Le fragment supérieur fait saillie sous la peau : crépitation. — Immobilisation sur un coussin ; compresses résolutives.

Le troisième jour, le gonflement ayant beaucoup diminué : appareil plâtré.

8 *février.* — Consolidation parfaite; et le 12 : sortie.

Obs. CCCXIII. — *Fracture du péroné. Appareil plâtré. Guérison.* — Vincent (Louis), soixante et un ans, homme de peine, entre le 21 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 7 *bis*. Il a glissé sur l'angle d'un trottoir ; son pied a tourné, mais il ne sait dans quel sens. Il n'a pu faire que quelques pas, et s'est fait transporter à l'hôpital.

Etat actuel. — L'articulation tibio-tarsienne gauche est tuméfiée : ecchymose au niveau de la malléole externe et de la face externe du calcanéum et 3 centimètres au-dessus de la base de la malléole externe, douleur excessivement aiguë. En ce point, dépression : au-dessous est une saillie très marquée formée par le fragment inférieur. Ce fragment inférieur est oblique de bas en haut et de dedans en dehors, tandis que l'inférieur est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. — Compresses résolutives ; et le sixième jour : attelles latérales plâtrées. — Le vingt-troisième jour : silicate ; et le 30 : sortie.

Obs. CCCXIV. — *Fracture du péroné par abduction. Appareil inamovible. Guérison.* — Débart (Henri), trente et un ans, feuillagiste, entre le 30 mai 1881, n° 4, salle Sainte-Marthe. La veille de l'entrée, a glissé dans son escalier, le pied a tourné en dehors et il n'a pu se relever.

Etat actuel. — Signes d'une fracture du péroné, moins la crépitation et la déformation. Trait de fracture très douloureux à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe droite. Ecchymose. Gonflement. Impotence. — Compresses résolutives.

2 *juin.* — Appareil silicaté ; et le 10 : part pour Vincennes.

Obs. CCCXV. — *Fracture du péroné gauche à 2 centimètres au-dessus de la base de la malléole. Appareil de Scultet. Guérison.* — Savy (Joseph), fondeur, entre le 2 août 1882, n° 31, salle Sainte-Marthe.

Il a glissé sur un trottoir et son pied a tourné en dehors. Il a pu se relever et faire encore une vingtaine de pas.

Etat actuel. — Gonflement, ecchymose étendue, occupant la face externe de l'articulation et remontant un peu sur la partie inférieure correspondante de la jambe : douleur très aiguë à deux travers de doigt du sommet de la malléole externe. En ce point, nous trouvons la dépression en coup de hache, légère crépitation. Gouttière et compresses d'eau blanche.

Le huitième jour après l'accident, le gonflement ayant diminué : appareil de Scultet.

30. — Le malade sort avec une bande roulée autour de la jambe et du pied.

Obs. CCCXVI. — *Fracture de la malléole externe gauche. Appareil plâtré. Guérison.* — Rousseau (Jean), soixante-deux ans, tourneur, entre le 18 décembre 1882, n° 38, salle Sainte-Marthe. A glissé dans un escalier, son pied a tourné en dehors et il est tombé de la hauteur de trois marches sur la tête. Il a perdu connaissance pendant quelques minutes. Revenu à lui il n'a pu marcher.

Etat actuel. — Gonflement, ecchymose au niveau de la malléole externe et descendant à 3 centimètres au-dessous. Le pied est porté en dehors, son bord interne regardant en haut. Douleur très vive au niveau de la maléole externe. A deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe, crépitation, mobilité anormale. On perçoit surtout la crépitation dans les mouvements d'abduction du pied. — Compresses résolutives.

23 *décembre.* — Appareil plâtré. — Le 1er *février :* silicate : et le 21 la fracture est consolidée. — Sortie.

Obs. CCCXVII. — *Fracture de la malléole externe. Appareil inamovible. Guérison.* — Corbillet (Augustin), vingt-neuf ans, charpentier, entre le 12 décembre 1881, n° 19, salle Sainte-Marthe. Il portait une solive et marchait sur d'autres solives, lorsqu'il a glissé. Il est tombé. Pas de perte de connaissance. Impossibilité de marcher. Douleur excessivement vive dans l'articulation du pied, surtout du côté externe. Apparition immédiate du gonflement.

Etat actuel. — Gonflement, ecchymose occupant la face postéro-externe depuis la malléole péronière jusqu'à 7 centimètres au-

dessus. Le pied est dans sa rectitude, cependant sa pointe est légèrement inclinée en dehors. A 2 centimètres et demi du sommet de la malléole externe, douleur très vive à la pression; dépression, mobilité et crépitation. — Appareil plâtré.

27 *janvier*. — Guérison. Sortie.

Obs. CCCXVIII. — *Fracture du péroné à 2 centimètres et demi au-dessus de la malléole externe. Arrachement du ligament latéral interne. Appareil plâtré. Guérison.* — Foucq (Arthur), quarante et un ans, ciseleur, entre le 17 mars 1881, au n° 32 de la salle Sainte-Marthe. Il a glissé sur le pavé et son pied droit a tourné en dehors. Il a pu faire quelques pas et s'est fait conduire à l'hôpital.

Etat actuel. — Tuméfaction bien limitée aux malléoles, teinte ecchymotique. Point douloureux à la partie inférieure du péroné. Les mouvements d'adduction déterminent seuls de la crépitation à 2 centimètres et demi au-dessus du sommet de la malléole. Il y a en même temps arrachement du ligament latéral interne. Épanchement sanguin. Déviation du pied en dehors.

— Appareil plâtré. — Le 14 avril, le malade sort guéri.

Obs. CCCXIX. — *Fracture du péroné à sa partie inférieure, compliquée de plaie : quatre appareils inamovibles. Cal vicieux. Résection du fragment supérieur. Raccourcissement de* 3 *centimètres.* — Boisset (Henri), trente-six ans, fleuriste, entre le 29 septembre 1881, n° 17, salle Sainte-Marthe. Il a glissé sur le rebord d'un trottoir et le pied a tourné en dedans, autant que se souvient le malade. Aussitôtdouleur très violente. Issue au dehors du fragment osseux. Impossibilité de marcher.

Etat actuel. — A 2 centimètres au-dessus de la base de la malléole externe, plaie linéaire de 3 centimètres par laquelle sort un fragment d'os. Le péroné est en effet fracturé et c'est le fragment supérieur qui fait irruption à l'extérieur de la plaie. Peu de gonflement, douleur très vive. Impuissance du membre. — Immédiatement, le malade étant endormi, on fait la réduction et on place la jambe dans un appareil plâtré en ayant soin de l'échancrer au niveau de la plaie de manière à le panser.

18 *octobre*. — La réduction ne s'est pas maintenue. Nouvel appareil plâtré.

11 *novembre*. — Troisième appareil plâtré; et le 2 *janvier :* quatrième appareil plâtré. — On s'aperçoit que la consolidation est obtenue, mais il existe un cal vicieux faisant saillie sous la peau.

16 *février*. — Anesthésie : résection de cette pointe osseuse.

11 *mars*. — Le malade va à Vincennes; il est guéri.

Obs. CCCXX. — *Fracture de la partie inférieure du péroné. Appareil plâtré. Guérison.* — Lang (Michel), terrassier, entre le 5 août 1881, n° 4, salle Saint-Augustin. Étant ivre, il a été renversé par une voiture et la roue lui a passé sur la jambe gauche.

Etat actuel. — Gonflement de la jambe jusqu'à son quart supérieur et de toute la face dorsale du pied. La tuméfaction est surtout considérable au niveau de l'articulation tibio-tarsienne dont on ne voit plus les saillies osseuses. Ecchymose dirigée de bas en haut et de dehors en dedans, selon la direction qu'a suivie la roue. La peau est éraillée en plusieurs endroits, le long de cette ecchymose. Mouvements du pied impossibles, douleur très vive à la pression en un point situé à 2 centimètres au-dessus de la base de la malléole externe. Mobilité anormale, crépitation très nette. La douleur existe dans toute la jambe, mais elle est moins accentuée qu'au niveau de la fracture.

Appareil plâtré le deuxième jour après l'accident.

27 *avril.* — Silicate, et le 30 avril va à Vincennes.

Obs. CCCXXI. — *Fracture de la malléole externe. Réduction. Gouttière plâtrée. Consolidation.* — Coignet (Adrien), vingt-huit ans, ajusteur, entre le 20 mai 1882, n° 8, salle Sainte-Marthe. Il a glissé sur les pavés et est tombé. Il ne peut dire de quelle manière son pied a tourné. Il a ressenti en tombant une sorte de craquement et une sensation de tiraillement. S'étant relevé il a pu, quoique avec peine, se rendre à son domicile distant de quinze cents mètres environ, mais tout en étant obligé de s'arrêter de temps en temps et de s'asseoir.

Etat actuel. — Gonflement marqué de l'articulation tibio-tarsienne et remontant sur la portion inférieure de la jambe. Gonflement de la face dorsale du pied. A 2 centimètres au-dessus de la malléole externe, point douloureux, dépression en coup de hache ; crépitation seulement dans les mouvements de latéralité. Le péroné est fracturé à 2 centimètres au-dessus de la malléole. Rien du côté de la malléole interne. Pas d'ecchymose non plus au niveau d'elle. — Réduction. Gouttière plâtrée.

17 *juillet.* — La consolidation est parfaite. Sortie.

Obs. CCCXXII. — *Fracture du péroné droit et entorse tibio-tarsienne. Appareil plâtré. Guérison.* — Pujol (Baptiste), vingt-trois ans, serrurier, entre le 29 mai 1882, n° 6, salle Saint-Augustin. Alcoolisme.

La veille, le pied droit a tourné sur le bord d'un trottoir, en adduction forcée ; le malade tombe et ne peut se relever.

État actuel. — Gonflement considérable de toute la région du cou-de-pied, mais plus marqué en dehors, et quand on presse au niveau de l'interligne articulaire, le malade pousse des cris : légère encoche ; crépitation. — Repos, immobilisation du membre dans une gouttière ; compresses résolutives.

2 *juin.* — Appareil plâtré. — Le surlendemain, le malade, très indocile, se lève et marche avec son appareil.

5. — Il exige sa sortie. Il nous quitte avec son appareil.

Obs. CCCXXIII. — *Fracture par arrachement de la malléole externe. Appareil plâtré. Guérison.* — Vangusel (Frédéric), cinquante-six ans,

terrassier, entre le 12 décembre 1881, n° 23, salle Sainte-Marthe. Le 2 décembre, il descendait d'un échafaudage au moyen d'un treuil, lorsqu'arrivé à 50 centimètres du sol, il se laissa tomber sur un tas de sable. Dans la chute, son pied tourna en dedans. Aussitôt il ressentit dans la cheville une douleur aiguë, mais il continua à travailler le restant de la journée tout en boitant un peu. Le soir et la nuit application de compresses imbibées d'eau blanche.

Le lendemain, pas ou très peu de gonflement, pas de douleur, il retourne à son travail et le continue pendant trois jours sans aucune souffrance. La quatrième nuit après l'accident, il est subitement réveillé par une douleur extrêmement aiguë, qui n'a pas diminué depuis tout en étant plus forte la nuit, et qui siège à la plante du pied, au côté externe de l'articulation tibio-tarsienne et remonte jusqu'à la partie moyenne de la jambe le long de son bord externe. Au jour, il veut se lever, et marcher, ce qui lui est impossible.

État actuel. — Nous trouvons au niveau de la malléole externe un peu de rougeur, d'empâtement et une douleur très vive. Signe de fracture par arrachement de la malléole externe. Les mouvements sont possibles, mais douloureux. — Compression légère au moyen d'une bande arrosée d'alcool camphré.

La douleur que le malade accuse à la face plantaire du pied et le long du bord externe de la jambe ne diminue pas. Interrogé sur ses antécédents, nous apprenons qu'il est syphilitique. — Iodure de potassium 3 grammes par jour en solution. — Le malade ne pouvant supporter l'iodure de potassium, nous le remplaçons le cinquième jour par le bromure de potassium.

Pendant dix jours de ce traitement aucune amélioration ; puis peu à peu la douleur devient moins aiguë : le 10 janvier le malade est complèment guéri, et le 11 : sortie.

Obs. CCCXXIV. — *Fracture du péroné à la base de la malléole externe droite par arrachement. Appareil plâtré. Guérison.* — Galliod (Étienne), quarante-huit ans, polisseur, entre le 18 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 77.

En glissant sur le trottoir il fit un faux pas, qui détermina sa chute sur la cheville droite. Le pied fut porté en dedans. N'a pu se relever.

État actuel. — A la base de la malléole externe : mobilité anormale. — Simple attelle plâtrée.

Le malade reste vingt jours dans son appareil. Consolidation parfaite de la fracture. Le malade, marchant avec des béquilles, part pour Vincennes.

Obs. CCCXXV. — *Fracture de la malléole externe et entorse tibio-tarsienne.* — Simon (Armandine), trente et un ans, lingère, entrée le 10 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. Cette malade est amenée à l'hôpital le 10 avril au soir, en état d'ivresse.

État actuel. — Forte déviation du pied en dedans; tuméfaction autour de l'articulation tibio-tarsienne; douleur à la pression au niveau des ligaments, surtout en dehors; en ce point ecchymose limitée. De plus, on produit de la douleur en pressant sur la malléole externe au voisinage de sa pointe. Il y a une entorse avec fracture de l'extrémité de la malléole péronière.

Il a y deux mois, en effet, la malade s'est déjà donné une entorse qui l'a retenue trois jours au lit. Elle a été soignée par une rebouteuse qui a fait quelques manœuvres; mais depuis ce temps le pied est resté en rotation en dedans, et la marche a été gênée.

12 *avril.* — Appareil plâtré.

20. — Commence à marcher avec son appareil; et le 21 va au Vésinet.

T. — Fractures du calcanéum.

Trois observations de fractures par écrasement dues à des chutes sur les talons d'un lieu élevé (chute dans une tranchée de 2 mètres de profondeur, le talon porte sur une pierre; chute d'un premier étage, le talon porte sur une brique; chute d'un deuxième étage sur les talons).

Dans l'observation CCCXXVIII, il y eut fracture des deux calcanéums, du cuboïde et des second et troisième métatarsiens gauches. Les symptômes communs à ces fractures furent : la tuméfaction de la plante du pied, l'aplatissement avec élargissement du talon et un foyer douloureux au niveau du calcanéum.

Dans deux cas, on percevait de la mobilité anormale du calcanéum, sans crépitation.

Chez le malade qui avait les deux calcanéums fracturés, il n'existait à gauche ni crépitation ni mobilité anormale. A droite, au contraire, où la fracture du calcanéum était esquilleuse, on sentait une crépitation manifeste.

Le traitement consista à immobiliser les membres soit sur des coussins, soit dans une gouttière, et à appliquer des compresses résolutives sur les talons, jusqu'à disparition du gonflement, puis à faire de l'immobilisation permanente à l'aide d'appareils plâtrés.

La consolidation s'effectua en un mois et une semaine, en un mois et deux semaines, en un mois et trois semaines.

Les conséquences définitives de ces fractures furent l'aplatissement du pied avec élargissement du calcanéum. Mais ces déformations n'entraînèrent pas de troubles fonctionnels graves.

Obs. CCCXXVI. — *Fracture par écrasement du calcanéum. Attelles latérales plâtrées. Guérison. Raideur articulaire.* — Legros (Théodore), quarante ans, menuisier, entre le 2 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 15. Il a sauté par la fenêtre d'un premier étage, et est tombé sur les talons. Dans la chute, le talon gauche a porté sur une brique. Aussitôt douleur très vive du talon, impossibilité d'appuyer le pied sur le sol.

État actuel. — Tuméfaction très marquée des malléoles, du cou-de-pied et surtout de la plante. La pointe du pied est portée légèrement en dehors, affaissement de la voûte du pied, élargissement du talon appréciable à la vue. Points très douloureux au-dessous de la malléole interne, et au niveau du talon. Pas d'ecchymose. En saisissant le calcanéum avec l'index et le médius d'une part et le pouce de l'autre, et cela avec les deux mains, on sent une mobilité anormale très nette quand on imprime des mouvements, mais on ne perçoit pas de crépitation. — Immobilisations sur des coussins et compresses résolutives. — Le cinquième jour attelles latérales plâtrées.

15 *octobre.* — La consolidation est à peu près obtenue, on embrasse le pied dans un appareil dextriné ; mais on ne permet pas au malade d'essayer de marcher.

28. — La consolidation est obtenue, le cal est proéminent ; il y a de la raideur articulaire. — Le 29, sortie.

Obs. CCCXXVII. — *Fracture du calcanéum par écrasement. Attelle plâtrée. Repos absolu.* — Cadiot (Charles), soixante-sept ans, journalier, entre le 20 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22. En sautant dans une tranchée profonde de deux mètres environ, son pied droit a porté sur une pierre. Immédiatement il a ressenti une douleur excessivement vive au talon. Quand il s'est relevé, il lui a été impossible d'appuyer le talon sur le sol.

Etat actuel. — Ecchymose très large située au-dessous des malléoles, mais plus marquée du côté de la malléole externe. Le gonflement occupe presque tout le pied. Le talon a perdu sa convexité normale, il est plat et même un peu concave. Par suite, il est élargi. Axe du pied, normal. Les mouvements de l'articulation du pied avec la jambe se font, quoique très limités et excessivement douloureux. Rien du côté des malléoles. Pas de crépitations. — Compresses résolutives.

Le huitième jour, le gonflement, quoique moindre, est encore assez considérable, mais néanmoins nous appliquons une attelle plâtrée embrassant le talon et se croisant sur le cou-de-pied. Repos absolu.

23 *juillet.* — Silicate; et le 25 va à Vincennes.

Obs. CCCXXVIII. — *Fracture esquilleuse des calcanéums. Fracture des deuxième et troisième métatarsiens (chute sur les pieds). Alcoolisme. Guérison.* — Lemercier (François), trente-neuf ans, serrurier, entre le 1er août 1881, n° 4, salle Sainte-Marthe. Le jour de l'entrée, s'est jeté par la fenêtre d'un second étage et est tombé debout sur le pavé.

Etat actuel. — Il a le regard d'un aliéné et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Dans la salle, il parle à ses voisins de choses plus ou moins étranges, tranquillement : la parole n'est pas embarrassée, la langue ne tremble pas et n'est qu'un peu déviée à gauche. Pas de tremblements de mains. Ne semble pas souffrir beaucoup. Rien aux cuisses ni aux jambes. La sensibilité est peut-être un peu obtuse en général. — A droite, fracture esquilleuse du calcanéum. Le talon est tourné en dedans et un peu aplati. En le saisissant à pleine main on détermine une crépitation très prononcée, l'astragale est immobile dans sa mortaise. Rien aux malléoles. En pressant sur le cuboïde on sent encore de la crépitation très manifeste. Il y a en ce point, sur le dos du pied, du gonflement. — Rien aux métatarsiens.

A gauche, le talon est écrasé, mais on ne sent aucune crépitation ni aucune mobilité anormale du côté du calcanéum. La cambrure du pied est exagérée à la face dorsale; gonflement. On sent manifestement que le deuxième et le troisième métatarsiens sont fracturés vers leur tiers postérieur, les autres métatarsiens semblent indemnes. Les articulations du pied sont plus lâches qu'à l'état normal. — Il défait tranquillement les gouttières dans lesquelles on l'a placé provisoirement. Nuit assez bonne. Les jours suivants le malade devient plus calme.

15 *août.* — Deux gouttières plâtrées. Elles sont bien supportées. Le malade est maintenant plus tranquille, bien qu'il conserve un certain air effaré.

16 *septembre.* — On enlève les appareils plâtrés. Il n'existe plus de douleur nulle part à la pression. Les deux talons, surtout le droit, sont notablement affaissés ; il en résulte que le pied est un peu plat. On sent les deux calcanéums volumineux.

17. — Bain sulfureux. Se lève un peu. Reste un peu debout sans douleur. — Continue à se lever et à prendre des bains les jours suivants jusqu'à sa sortie.

Obs. CCCXXIX. — *Fracture des métatarsiens et des phalanges. Fracture du premier métatarsien (pied droit). Guérison.* — Péan, chau-

dronnier, vingt ans, journalier, entré le 18 mars 1872, salle Sainte-Marthe, n° 24. Il y a six ans, au Creusot, il fut tamponné par un petit wagon, d'où la production simultanée d'une luxation du bras droit, d'une fracture de côté, et l'écrasement des deux derniers doigts de la main gauche, dont on peut encore voir la trace.

Il montait un cheval qui est tombé : a reçu le poids de l'animal sur son pied droit; peut se relever après l'accident.

A son entrée. — Le pied est fortement gonflé, tuméfié; la face dorsale particulièrement déformée. La fracture du premier métatarsien est manifeste. Il y a de la mobilité anormale et une petite crépitation sourde très appréciable. De plus la douleur locale est caractéristique. La déformation, avons-nous dit, n'est manifeste qu'à cause du gonflement du pied. Le siège de la fracture est à la partie moyenne du métatarsien, et la direction du trait de la fracture est transversale. Gouttière et cataplasmes.

28 *mars.* — Appareil plâtré consistant en une bande serpigineuse embrassant bien la plante et le dos du pied et allant rejoindre obliquement la jambe autour de laquelle elle s'enroule pour se terminer aux creux du jarret.

15 *avril.* — *Fracture entièrement consolidée. Mouvements du pied faciles.* Marche normale et pas gênée du tout. Quitte l'hôpital.

Obs. CCCXXX. — *Fracture de la phalangette du deuxième orteil. Contusion du pied. Repos. Cataplasmes laudanisés. Guérison.* — Mitaine (Étienne), trente-quatre ans, déménageur, entre le 8 mai 1882, n° 79, salle Saint-Augustin. Hier, il montait un meuble, lorsqu'il est tombé de la hauteur d'un étage. Dans la chute, son pied gauche rencontre une pièce de bois faisant saillie et les orteils subissent une extension forcée. Il saisit aussitôt la pièce de bois avec les mains et est ainsi arrêté dans sa chute : marche impossible.

Etat actuel. — Ecchymose d'un rouge bleuâtre occupant la face dorsale des deuxième, troisième et quatrième orteils, et se prolongeant à travers les espaces interdigitaux jusqu'au bourrelet plantaire. Ces orteils, ainsi que le premier, sont douloureux surtout au toucher, principalement au niveau des articulations des phalanges et métatarso-phalangiennes : crépitation tout près de la surface articulaire de la troisième phalange du deuxième orteil. L'os est fracturé en ce point. — Cataplasmes laudanisés.

Les jours suivants douleurs au niveau des orteils et du métatarse

14. — Mieux sensible; exeat sur sa demande le 15.

§ II

INFLAMMATIONS DU TISSU OSSEUX.

(Périostites. — Ostéites. — Nécroses. — Caries.)

A. — Périostites.

Sept cas :

Humérus	2
Métacarpiens	1
Tibia	4

A part un cas de périostite *aiguë* traumatique du tibia droit, il s'agit dans ces observations d'*inflammations chroniques* liées le plus souvent à un mauvais état général (lymphatisme ou scrofule quatre fois; syphilis une fois ; misère physiologique une fois).

Le début a été *spontané* dans deux cas ; les autres observations relatent un traumatisme comme cause occasionnelle (chute, contusion chronique, choc, coup de pied de bœuf).

L'inflammation était circonscrite dans tous les cas. La périostite était suppurée dans trois cas; ulcéreuse et probablement spécifique dans un cas. Chez les autres malades, il n'y eut pas de formation de pus. Les périostites suppurées furent traitées par la ponction, la contre-ponction, le drainage et le régime tonique.

Dans les autres cas, l'emploi de pommades résolutives ou de cataplasmes, l'usage de médicaments altérants ou reconstituants, le repos eurent raison des phénomènes inflammatoires.

Tous les malades sortirent de notre service guéris ou très améliorés. Mais presque toujours le traitement fut de longue durée, il dut même être prolongé pendant deux et trois mois, chez certains.

Notons comme particulièrement intéressantes :

1° L'observation CCCXXXII. La jeune femme qui fait le sujet de cette observation était à la fois lymphatique et épileptique. Pendant une attaque, elle tomba sur le bras gauche. Ce traumatisme devint le point de départ d'une périostite chronique de l'humérus qui résista aux pommades résolutives, aux vésicatoires et à l'iodure de potassium. Six semaines après l'accident, nous fîmes une incision et nous pûmes nous convaincre que le périoste était décollé et qu'il existait une collection purulente. L'intervention chirurgicale suivie d'un large drainage procura la guérison en deux semaines.

2° L'observation CCCXXXV. Ce malade avait eu, à l'âge de treize ans, une ostéo-périostite du tibia gauche. A trente-neuf ans il reçut sur la face interne du tibia droit un coup de pied de bœuf qui détermina une plaie contuse, avec périostite circonscrite. Les jours suivants les parties molles contusionnées se sphacélèrent et s'éliminèrent, la plaie s'agrandit. Il eut des frissons, de la fièvre et de l'adénite inguinale. Les purgatifs, les topiques et le repos absolu amenèrent la guérison en douze jours.

3° L'observation CCCXXXVI relative à un homme de vingt-huit ans, chez lequel la périostite suppurée du tibia survint deux mois après une fièvre typhoïde. Le drainage et le traitement tonique amenèrent la guérison en six semaines.

4° L'observation CCCXXXVII. Il s'agit d'un os profondément altéré par une fracture comminutive qui avait eu lieu seize ans avant, et qui n'avait pas demandé moins de sept mois pour guérir ; c'est sur ce terrain tout préparé par un traumatisme ancien et offrant par là même un *locus minoris resistentiæ* que se sont développés d'une façon précoce, des accidents syphilitiques secondo-tertiaires. Nous avons à plusieurs reprises constaté que le traumatisme provoquait facilement le réveil des maladies constitutionnelles; dans le cas actuel, c'est en quelque sorte l'inverse que nous observons : une région désorganisée par un traumatisme ancien, devient la première le siège de manifestations d'une diathèse acquise.

Obs. CCCXXXI. — *Périostite de l'humérus droit. Drainage. Guérison.* — Lalu (Henri), vingt ans, employé de commerce, entré le 26 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22. Pas de maladie antérieure. Lymphatisme, maux d'yeux, étant jeune. Pas de syphilis. Mère morte jeune de maladie inconnue; père, frères et sœurs inconnus; jusqu'à quatorze ans il aurait couché dans une chambre froide et humide. Six semaines avant son entrée, vers le 15 décembre 1880, douleur lancinante au-dessus de l'épitrochlée; quinze jours après, gonflement du bras qui a augmenté peu à peu jusqu'au 15 janvier.

Du 15 au 26 janvier état stationnaire, mais amaigrissement et perte de l'appétit.

État actuel. — Le volume du bras n'est pas sensiblement augmenté. Peau saine à la palpation, empâtement profond, dur, faisant corps avec l'os et semblant quadrupler son volume. Cet empâtement descend jusqu'à l'extrémité inférieure de l'os et remonte en haut jusque vers les attaches inférieures du deltoïde. Pas de doulours en dehors des mouvements, bras lourd; mouvements de la main conservés. Extension de l'avant-bras complète mais douloureuse. La flexion ne peut atteindre l'angle droit et produit à la partie postérieure du bras des tiraillements douloureux.

12. *février.* — On donne de l'iodure de potassium 2 grammes par jour. — L'état reste néanmoins stationnaire jusque vers le 26 février. On voit alors se former, à 6 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, un point fluctuant avec rougeur et amincissement de la peau.

5 *mars.* — Nous faisons à la partie interne du bras une incision de 10 centimètres qui donne issue au pus et conduit à travers des tissus fongueux sur le périostite, qui est incisé de façon à faire une saignée osseuse; l'os n'est pas malade. — Un drain passé derrière l'humérus, ressort à la partie postéro-externe du bras.

Pendant le mois de mars, aucun accident; l'appétit du malade revint, l'état général s'améliora.

5 *avril.* — La cicatrisation est presque terminée; il commence à remuer un peu son bras.

1er *mai.* — L'état général est excellent. La cicatrisation est terminée. Les mouvements du bras se font bien et sans douleur. Néanmoins nous jugeons utile de laisser le tube à drainage en place. Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. CCCXXXII. — *Périostite chronique du tiers supérieur de l'humérus. Drainage. Guérision.* — Julie Deperne, vingt-trois ans, couturière, entre le 5 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55 (*bis*). Lymphatisme, écoulements d'oreille, maux d'yeux fréquents dans la jeunesse. Aujourd'hui encore elle présente un engorgement assez prononcé de tout le système ganglionnaire. Epilepsie. Ni syphilis ni rhumatisme. Mère morte cardiaque. N'a pas connu son père. Il y

a trois semaines pendant une attaque d'épilepsie, elle est tombée sur son bras gauche. Depuis, élancements avec irradiations dans tout le membre. On lui appliqua en vain différentes pommades et deux vésicatoires.

État actuel. — La peau correspondant au tiers supérieur de l'humérus gauche est le siège d'une vascularisation beaucoup plus prononcée que celle du côté opposé; gonflement et empâtement considérables qui ne permet pas de délimiter exactement les bords du deltoïde. Élévation de la température locale. La pression est douloureuse. Douleurs spontanées lancinantes et contusives perçues principalement la nuit. Pas de fluctuation, mais œdème des téguments. L'articulation scapulo-humérale gauche est libre et les mouvements tant spontanés que provoqués ont conservé toute leur étendue. — Iodure de potassium (2 grammes, puis 3 et 4 par jour). En même temps le membre est immobilisé et recouvert de cataplasmes.

20 *janvier.* — Le traitement ioduré n'a amené aucune amélioration. Le membre présente à peu près le même aspect. Toutefois à l'union du cinquième supérieur avec les quatre cinquièmes inférieurs, on délimite assez nettement un point plus particulièrement douloureux. — Un trocart courbe est poussé vers l'humérus à ce niveau (partie externe). Quelques gouttes de pus viennent sourdre à l'orifice externe de la canule. Autant que l'on peut en juger aux sensations transmises par l'instrument, le périoste est décollé sur ce point, l'os senti à travers la membrane d'enveloppe ne paraît pas altéré. Le trocart est poussé vers la partie moyenne du bras. Un drain est passé dans le trajet. Grands lavages antiseptiques. Légère compression.

22. — Détente dans l'état de la malade qui paraît beaucoup moins souffrir. La région est moins tuméfiée. Une certaine quantité de pus est sortie par le drain au moment des injections antiseptiques. — Même traitement.

28. — Il ne sort presque plus de pus, l'amendement continue, on retire le drain.

29. — La malade a souffert cette nuit plus que de coutume; on remet le drain, qui laisse sortir un peu de pus. Mais il est placé seulement à la partie la plus déclive de plaie qu'il ne traverse plus de part en part. Compression ouatée.

31. — La malade va très bien. Le drain est retiré une seconde fois; compression ouatée.

7 *février.* — Guérison. Exéat.

Obs. CCCXXXIII. — *Périostite chronique du cinquième métacarpien gauche. Traitement ioduré. Pommade mercurielle. Guérison.* — Duranton (Jean), trente-cinq ans, journalier, entré le 5 janvier 1881 n° 76, salle Saint-Augustin. Il y a quatre mois et demi, en soulevant un corps pesant, douleur au niveau de la face interne de la main

gauche. La même cause agissant fréquemment au même endroit, la douleur devint de plus en plus vive; nécessita l'arrêt du travail et s'accompagna de gonflement. Un médecin ordonna de la teinture d'iode, et le malade entra à l'hôpital au commencement de décembre avec une tuméfaction assez considérable siégeant au niveau du cinquième métacarpien gauche. Il reste dix jours, puis, la tumeur diminuant, il reprend son travail. Les symptômes premiers apparaissent pour la seconde fois, et il rentre à l'hôpital le 5 janvier.

État actuel. — Tuméfaction du cinquième métacarpien doublé de volume, mais conservant une mobilité presque normale, bien qu'on trouve de la douleur et du gonflement au niveau de son articulation avec l'os crochu. Pas de fluctuation. Douleur modérée à la pression. Bonne santé habituelle, rien ailleurs. — Iodure de potassium 3 grammes. Frictions d'onguent mercuriel.

25 *janvier.* — Le gonflement est presque entièrement disparu, plus de douleurs; mouvements libres. — Exéat 27 janvier.

Obs. CCCXXXIV. — *Périostite du tibia. Cataplasmes. Immobilisation du membre. Guérison.* — Lasalle (Jean-Baptiste), trente-deux ans, corroyeur, entré le 29 août 1881, salle Saint-Augustin, n° 5. — Peu robuste, misère physiologique, nie tout accident vénérien. Il y a deux mois, il s'est heurté violemment le devant de la jambe contre une table de marbre. Pendant plusieurs jours il a éprouvé une vive douleur en ce point, mais a néanmoins continué son travail. Il y a sept jours, phénomènes inflammatoires intenses; il entre à l'hôpital.

État actuel. — A la partie moyenne et interne de la jambe, gonflement mal circonscrit, avec douleur vive sur le trajet de l'os. La peau en cet endroit est rouge, lisse, chaude, adhérente aux parties sous-jacentes ;œdème et empâtement sur une étendue de 5 centimètres en dessus et en dessous. Rien du côté de l'aine. — On immobilise le membre au moyen d'une gouttière plâtrée et on applique des cataplasmes. Régime tonique, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

Peu à peu les phénomènes d'inflammation disparaissent et le malade guérit sans suppuration.

2 *octobre.* — Exéat.

Obs. CCCXXXV. — *Périostite traumatique du tibia droit. Cataplasmes. Vin aromatique. Repos. Guérison.* — Jannin (Samuel), trente-neuf ans domestique, entré le 6 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 81. Antécédents strumeux du côté du père et d'un frère. A treize ans, ostéo-périostite du tibia gauche; abcès multiples au niveau de la face interne de l'os, vers le milieu; issue de séquestres; durée totale trois ans. On trouve encore actuellement des cicatrices très apparentes à ce niveau, et l'os y est déformé, irrégulier.

Il y a six ans érysipèle de la face, sans cause connue. Hormis cela, bonne santé habituelle. Le malade est grand et semble vigoureux.

2 *février*. — Coup de pied de bœuf au niveau de la face interne du tibia droit, à sa partie moyenne. Petite plaie, hémorrhagie peu abondante; le malade continue son travail. Les jours suivants la douleur, d'abord peu considérable, devient de plus en plus vive et empêche bientôt la marche. La plaie s'agrandit par élimination des parties contuses. Les ganglions de l'aine deviennent douloureux. Quelques petits frissons, peu de fièvre, pas de vomissements, constipation.

État actuel. — A la partie moyenne de la face interne du tibia droit, plaie recouverte d'une croûte, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Au pourtour la rougeur s'étend jusqu'à 3 ou 4 travers de doigt; toute la région est augmentée de volume et est le siège d'un œdème qui s'étend en bas. A la palpation le tibia se confond avec la masse indurée. Mais la tuméfaction se limite au périoste; l'os n'est pas malade; pression peu douloureuse. Difficulté dans la marche, le membre semble lourd au malade. Pas de traînées rouges. Les ganglions inguinaux inférieurs et superficiels sont engorgés et légèrement douloureux. L'état général est peu affecté. Purgation, cataplasmes de fécule, repos absolu au lit.

14 *février*. — Pansement au vin aromatique. La plaie est en bonne voie de cicatrisation. Bain simple.

18. — La plaie est fermée, l'œdème et la rougeur ont presque entièrement disparu; la marche est facile : exéat.

Obs. CCCXXXVI. — *Périostite suppurée du tibia. Drainage. Guérison.* — Gorlay (Léon), vingt-huit ans, monteur en bronze, entré le 11 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Lymphatisme, constitution délicate; plusieurs bronchites; fièvre typhoïde il y a quatre mois. Père, mère, frère et deux sœurs, jouissent d'une bonne santé. Depuis deux mois, il a commencé à éprouver dans la partie moyenne de la jambe des douleurs qui sont devenues de plus en plus aiguës. En même temps gonflement et rougeur; marche devenue de plus en plus pénible, fièvre, inappétence; les nuits sont assez bonnes.

État actuel. — Sur le tiers moyen du tibia, du côté de la face interne, on constate une tumeur du volume d'une mandarine. La peau à sa surface est luisante et rouge. Au toucher élévation de la température; fluctuation évidente; douleurs exagérées par la pression. Empâtement de voisinage. — Pendant quelques jours, gouttière métallique et cataplasmes émollients sur la partie malade.

Le huitième jour, ponction et contre-ponction, passage d'un drain : il s'écoule un liquide purulent, épais et visqueux. Injection d'alcool phéniqué deux fois par jour par le tube fenêtré. Régime fortifiant. Huile de foie de morue, sirop de fer, vin de quinquina.

De jour en jour on constate de l'amélioration et le 27 juin, la guérison est obtenue.

1[er] *juillet.* — Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. CCCXXXVII. — *Périostite chronique du tibia consécutive à des fractures comminutives de la jambe et de la cuisse droites. Ulcération de la peau, déformation énorme. Guérison.* — Baubault (Charles), cinquante-neuf ans, tailleur, entre le 30 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Bonne santé jusque il y a seize ans. A cette époque, il tombe d'un troisième étage : fractures de la jambe droite en quatre endroits différents, et du fémur en trois endroits. Soigné à Saint-Louis par M. Richet, il reste sept mois malade, sans qu'il y ait eu des plaies.

Reprend son travail sans inconvénient. Il peut s'appuyer sur sa jambe et marcher avec une béquille, malgré une déformation considérable du membre. Il y a six mois, chancre à la verge, soigné par des pilules de mercure et guéri en deux mois. Aussitôt après, des ulcérations apparaissent à la jambe en divers points. Douleurs nocturnes.

État actuel. — Les ulcérations au nombre de huit à dix disséminées en avant du tibia sont petites, sans caractères particuliers. Le périoste sous-jacent aux ulcérations, est épaissi, œdématié, enflammé. On sent à peine quelques ganglions dans les aines. Quelques ganglions occipitaux à droite, pas d'alopécie. Rien ailleurs. Pas d'appétit, constipation. — Emplâtre de Vigo. Une pilule de 0,05 de proto-iodure d'hydrargyre par jour et 1 gramme d'iodure de potassium.

1[er] *mai.* — Guérison. Exeat.

B. — Ostéites.

Dix-sept cas :

Os malaire	1
Omoplate	2
Humérus	2
Radius	1
Phalanges	1
Os iliaque	1
Fémur	2
Tibia	3
Tibia et péroné	1
Calcanéum	1
Premier métatarsien	1
Cinquième métatarsien	1
Total	17

La plupart de ces observations ont trait à des inflamma-

tions chroniques développées, à la suite de maladie générales graves, telles que la fièvre typhoïde ou, sous l'influence d'une cause occasionnelle, chez des sujets atteints de maladies constitutionnelle, telles que la scrofule, la tuberculose, la syphilis.

Dans l'observation CCCXXVIII, il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, dont la mère était morte phthisique et qui lui-même présentait, outre des antécédents scrofuleux, des signes non douteux de tuberculose pulmonaire et laryngée. Un coup de poing sur la région malaire avait déterminé une ostéite nécrosique et par suite une supuration qui s'était prolongée pendant un an et s'était terminée par l'élimination d'un séquestre. Une nouvelle poussée d'ostéite suppurative amena le malade dans nos salles. Nous fîmes l'évidement de l'os ramolli et certainement atteint d'ostéite tuberculeuse. Cette opération amena la guérison de l'affection osseuse en un mois; d'autre part en supprimant un foyer de suppuration chronique, elle nous permit de relever les forces du malade à l'aide d'un régime approprié et d'un traitement général.

Ce fait prouve une fois de plus que le chirurgien ne doit pas se laisser décourager par la nature de la maladie générale et par son pronostic fatal. L'intervention chirurgicale diminue les souffrances du malade, supprime une cause d'affaiblissement, permet de relever l'état général et assure en définitive au patient des mois et quelquefois des années de vie.

L'observation CCCXXXIX relate la fin d'une observation publiée en détail dans le tome IV (Voir obs. CXII, p. 470). Une nécrose du tissu spongieux de l'acromion et de la fosse sus-épineuse, nécessita la résection de ces portions de l'omoplate. Deux mois après l'opération, une poussée d'ostéite détermina la production d'un abcès et d'une fistule axillaire. Le drainage et les injections iodées eurent raison de ces accidents, en un mois.

Dans l'observation CCCXL, il s'agit d'une ostéite superficielle de l'omoplate (fosse sous-épineuse et bord spinal) pro-

bablement tuberculeuse. Le sujet, âgéde vingt ans, ét ait scrofuleux, avait eu des bronchites répétées et une pleurésie gauche. L'affection osseuse siégeait à la région scapulaire droite et se manifestait par la présence d'un abcès froid profond, dont le diagnostic n'était pas sans difficultés, en raison de l'absence de phénomènes franchement inflammatoires. Il est vrai que l'existence d'une inflammation franche limitait la question aux différentes variétés de tumeurs liquides.

Parmi celles-ci nous pouvions éliminer tout d'abord les *sarcomes hématiques*, qui se développent lentement, sont moins circonscrits, se relient fréquemment à quelque masse solide et envahissent à un moment donné les ganglions lympathiques.

Parmi les diverses variétés de kystes, nous pouvions surtout penser aux kystes hématiques et aux kystes hydatiques.

Les accidents s'étant développés chez notre malade à la suite du port d'un lourd fardeau, nous pouvions nous arrêter à la première supposition. Toutefois il ne pouvait s'agir que d'un épanchement sanguin secondaire dans une poche préalablement formée (kystes séreux, etc.) comme il s'en produit fréquemment chez les sujets hémophiliques ; car le kyste sanguin primitif ou bosse sanguine se développe brusquement et atteint en quelques instants des dimensions défifinitives et chez notre malade, la tumeur s'était développée progressivement.

Quant aux kystes hydatiques, bien qu'ils puissent se rencontrer partout, il est rare de les observer dans cette région, et ils donnent rarement lieu aux douleurs lancinantes dont se plaignait notre malade, au moins lorsqu'ils n'ont pas subi la transformation purulente.

Restaient les diverses variétés d'abcès, le mode de début de la tumeur, sa marche, ses caractères physiques, les troubles fonctionnels qu'elle produisaient, concordaient entièrement avec l'idée d'un foyer purulent. Mais l'absence de rougeur et de chaleur, le peu d'acuité des symptômss éliminaient la pensée d'un abcès chaud. Il y avait plutôt lieu de penser à un abcès froid ou ostéopathique. Les antécédents du malade,

les manifestations constitutionnelles qu'il présentait, son état général, le siège de la tumeur entre la face postérieure de l'omoplate et la couche musculaire sus-jacente, répondaient parfaitement à ces présomptions. Mais en réalité la ponction exploratrice pouvait seule être confirmative. Elle donna issue à un pus blanchâtre, granuleux, épais, qui nous fit immédiatement penser à un foyer tuberculeux ostéopathique ou autre. Il n'y avait pas d'hésitation possible pour le traitement. Il fallait d'abord évacuer le liquide, puis s'assurer de l'état des parties périphériques et des os en particulier afin de procéder s'il y avait lieu à une ablation ou à un évidement. Tout d'abord le mode d'ouverture de la poche purulente n'était pas chose indifférente. Ce que nous venons de dire indique suffisamment que la ponction avec le trocart nous semblait complètement insuffisante. Les caustiques utiles lorsqu'on veut obtenir des adhérences au voisinage d'une séreuse applicables chez les sujets pusillanimes pour certains abcès superficiels seraient difficilement applicables, dans les cas analogues à celui qui nous occupe, où plusieurs couches musculaires recouvrent les parois de l'abcès et où tout retard est une cause d'aggravation des désordres. Il nous restait donc le thermo-cautère ou le bistouri. En règle générale on préfère l'emploi du bistouri parce qu'il permet d'agir rapidement, sûrement et n'altère pas la coloration des tissus : mais dans certains cas, et dans le nôtre particulièrement, le thermo-cautère offre des avantages incontestables. La brûlure qu'il détermine établit entre les différentes couches que l'on traverse des adhérences précieuses à ce point de vue qu'elles s'opposent à la fusion du pus entre les couches musculaires. Malheureusement l'outillage de l'hôpital est souvent défectueux, et malgré notre intention de bénéficier des avantages du thermo-cautère, nous dûmes recourir au bistouri. Lorsque le foyer est ouvert et le liquide évacué, il importe d'explorer les parois de la cavité avec l'index, afin de se rendre compte de l'état des parties voisines. Faute de prendre cette précaution, on s'expose à laisser soit quelques lésions osseuse, ostéite, carie, nécrose, tubercules,

soit des fongosités trop épaisses et trop vasculaires pour suivre une marche régressive, et l'on voit ainsi s'éterniser des fistules entretenues par ces désordres. Toutefois il faut bien se garder d'agir avec brusquerie et sans méthode ; on doit toujours avoir présent à l'esprit ce précepte, qu'un décollement des plans musculaires ou aponévrotiques devient un cloaque dont la présence combat les bons effets du drainage. En suivant ces préceptes, nous obtenons habituellement la guérison en cinq semaines.

Deux malades âgés l'un de seize ans, l'autre de dix-sept ans, virent survenir l'ostéite consécutivement à la fièvre typhoïde. Chez le premier (obs. CCCXLI) un abcès se développa à la face interne du bras droit au cours de la convalescence de la dothiénentérie, s'ouvrit spontanément et demeura fistuleux. Nous vîmes les malades quatre ans plus tard et fûmes conduit à pratiquer l'évidement de l'humérus, à l'aide du polytritome, en nous conformant aux préceptes que nous suivons en pareil cas :

Débridement sur la sonde cannelée, en dédoublant la cloison intermusculaire afin d'éviter les fusées purulentes ; rugination du périoste ; série de trépanations avec la fraise et ablation des ponts osseux intermédiaires avec la scie circulaire, afin d'atteindre le foyer morbide.

Chez le second (obs. CCCXLVIII) la fièvre typhoïde remontait à un an et demi, la fistule siégeait au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia et conduisait, comme dans le cas précédent, au centre de l'os.

Nous fîmes une opération identique et constatâmes des lésions analogues. Dans les deux cas, en effet, il s'agissait d'un foyer d'ostéite centrale avec production de fongosités et de pus caséeux. L'évidement large avec la gouge amena les résultats les plus satisfaisants. Toutefois il est à remarquer que chez le premier malade, les désordres étaient beaucoup moins étendus et que l'état général était meilleur ; le second au contraire était scrofuleux ; aussi la guérison de l'ostéite de l'humérus fut-elle de beaucoup plus rapide que celle de l'ostéite du tibia.

Deux autres observations (CCCXLII et CCCXLVII) méritent aussi d'être rapprochées en raison de leurs nombreuses analogies.

Dans les deux cas, il s'agit d'ostéite traumatique juxta-épiphysaire, survenue pendant la période du développement des os (jeunes filles de quatorze ans et demi et de seize ans), l'une à l'humérus, l'autre au fémur et ayant déterminé des arthrites, l'une du coude et l'autre du genou.

Le début des accidents, l'évolution des phénomènes morbides, les lésions terminales, le diagnostic et le traitement, présentent la plus complète analogie, et, bien qu'il s'agisse de deux régions différentes, le genou et le coude, on ne peut manquer de tenir compte des rapprochements qu'autorisent l'anatomie et la physiologie entre ces deux articles. Chez nos deux malades le mal évolue dans l'adolescence, c'est-à-dire à l'époque du développement du squelette et de la congestion physiologique des épiphyses. Dans les deux cas, la cause est la même, une chute ayant déterminé la contusion de l'articulation. A la suite de cet accident nous voyons se développer des phénomènes identiques : douleur, formation et ouverture d'abcès qui restent fistuleux.

Un fait digne de remarque consiste dans la localisation primitive du mal au niveau de l'os du segment supérieur du membre : fémur et humérus. Bien que les renseignements fournis par les malades soient obscurs, il est logique d'admettre que le choc a plus particulièrement porté sur ces parties du squelette, et en raison de leur vascularisation spéciale à cet âge, ils sont devenus le siège d'une de ces ostéite juxta-épiphysaires si redoutables par leurs complications. Nous voyons en effet se développer secondairement des symptômes d'ostéite, constitués par la gêne des mouvements, l'attitude vicieuse du segment inférieur et l'immobilisation.

L'examen des deux malades fournit des données absolument semblables. L'humérus et le fémur sont hypertrophiés alors que le radius et le cubitus d'une part, le péroné et le tibia de l'autre sont indemnes. Les deux os du segment inférieur sont dans les deux cas atteints de subluxations. Enfin

les désordres anatomiques révélés par l'opération viennent confirmer les données de la clinique; l'humérus et le fémur sont atteints d'ostéite raréfiante : des bourgeons charnus se sont développés dans leur épaisseur et par suite d'une trépanation spontanée se sont fait jour dans l'articulation. Mais ces bourgeons charnus diffèrent essentiellement des masses de fongosités caractéristiques de l'arthrite fongueuse proprement dite. Ils sont peu abondants, peu volumineux, très vasculaires, alors que le tissu fongueux des tumeurs blanches est luxuriant, mollasse et d'aspect vitreux.

Comme conséquence de ces faits, le traitement offre les particularités suivantes : que dans la résection articulaire, nous devons sacrifier une portion considérable de l'os le plus rapproché du tronc, alors qu'il suffit de réséquer les surfaces cartilagineuses de l'os relativement périphérique. Ces exemples ne sont pas de simples faits de curiosité. Rapprochés d'un grand nombre d'autres observations publiées antérieurement, ils nous permettent d'établir qu'un certain nombre de désordres articulaires aboutissant à la désorganisation complète des jointures et nécessitant un traitement aussi radical que la résection, doivent être nettement séparés de la tumeur blanche proprement dite, ou arthrite fongueuse qui se développe le plus souvent sous l'influence d'un vice constitutionnel, scrofule ou tuberculose.

L'ostéite juxta-épiphysaire, qui parfois produit des arthrites purulentes suraiguës en quelque sorte foudroyantes, peut dans certains cas provoquer du côté des articulations des inflammations à marche subaiguë et même chronique dont la nature échapperait à des observateurs qui ne tiendraient pas compte du début des accidents. Ces arthrites, qui ne sont autres que des complications de l'ostéite, sont spécialisés : 1° par la prédominance des désordres du côté de l'un des os qui concourent à la formation de l'article ; 2° par le siège des fistules au niveau de cet os. contrairement à ce qui se passe dans le cas d'arthrite fongueuse, où les fistules siègent plus particulièrement au niveau de l'interligne articulaire ; 3° par la nature des bourgeons charnus qui se distinguent du tissu

fongueux par leur volume moindre, leur vascularisation plus considérable et l'absence de noyaux caséeux dans leur épaisseur.

Ajoutons que nos opérations eurent un plein succès, avec cette particularité que la résection du genou retint la malade à l'hôpital quatre fois plus longtemps que la résection du coude. Ce retard dans la guérison doit être attribué non seulement à l'importance plus grande des surfaces réséquées dans le second cas, mais encore à l'inexpérience de l'un de nos élèves, qui, pendant notre absence, enleva le drain trop tôt. Cette faute détermina la production d'un abcès qu'il fallut traiter à son tour.

L'observation suivante, (Obs. CCCXLIII) diffère essentielle-tiellement des précédentes. Il s'agit en effet d'une ostéite chronique suppurée développée, sans cause connue, chez une femme de quarante-six ans. Nous vîmes la malade six mois après le début des accidents. Elle présentait alors au-dessus du poignet une tumeur affectant la forme d'un demi-bracelet, embrassant le bord radial et mesurant 3 centimètres d'épaisseur sur une hauteur de 7 centimètres.

En présence d'une tumeur occupant aussi une grande partie de la longueur de l'avant-bras, localisée au côté externe et entourant la région radiale à la manière d'un manchon, la première idée qui se présentait était celle d'une lésion ostéo-pathique. Le changement de coloration des téguments la chaleur de la région, le siège sous-musculaire de la tumeur, sa consistance mollasse au centre, lardacée à la périphérie, révélaient la nature inflammatoire du désordre. Mais au-delà de ces données il était impossible de rien prévoir et de rien préciser, ni l'état du radius, ni les rapports exacts du foyer inflammatoire avec les organes de la région, ni la nature des produits de nouvelle formation. L'incision exploratrice et curatrice pouvait seule nous éclairer sur ces différents points. Cette incision nous ménageait des surprises : au lieu d'un clapier purulent à contenu liquide, nous trouvons une masse énorme de fongosités mollasses tendant à faire hernie dans les interstices musculaires et qui auraient pu faire croire à un sarcome ramolli n'eût été la présence d'une quantité de

noyaux caséeux emprisonnés au milieu des bourgeons charnus.

L'existence d'un foyer purulent à contenu concrété est exceptionnelle dans une région essentiellement composée de parties molles. Pour l'expliquer il faut admettre que le processus inflammatoire a évolué de telle façon que les exsudats ont eu une tendance à l'organisation plutôt qu'à la transformation purulente et que la production de ces tissus étant exagérée, une partie a subi la transformation granulo-graisseuse. Sans doute aussi la compression exercée par les différents plans musculaires et les aponévroses de la région n'a pas été étrangère à cette marche spéciale du processus.

Un fait non moins remarquable est l'abondance et l'épaisseur des tissus osseux de nouvelle formation et l'existence d'un abcès dans le canal médullaire. Il s'agissait dans ce cas d'une ostéite à la fois centrale et périostique plutôt subaiguë que chronique et de nature tuberculeuse.

L'ablation des fongosités, l'évidement et la résection de l'os malade à l'aide de la fraise, du polytritome, de la pince coupante, de la gouge et du maillet, dans une étendue de 6 centimètres, le drainage central de l'os et des pansements appropriés, procurèrent la guérison en deux mois.

L'observation CCCXLIV a trait à une ostéite traumatique du médius droit, avec exfoliation du tendon fléchisseur. Comme le malade était syphilitique, après avoir réséqué le tendon exfolié, nous traitâmes l'ostéite par l'application d'un emplâtre de Vigo et par l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur. La guérison fut obtenue en trois semaines.

L'observation CCCXLV a trait à un énorme abcès froid de la fesse, d'origine ostéopathique. Cet abcès s'étant ouvert spontanément, nous fûmes conduit à rechercher la source du mal et à pratiquer l'évidement du foyer morbide. Cette observation est intéressante au point de vue du diagnostic. Les caractères de la tumeur indiquaient suffisamment qu'il s'agissait d'une poche purulente, mais restait à déterminer la nature et le point de départ de l'abcès. Les débuts de l'affection, la marche lente, le siège et le volume de la tu-

meur, l'absence de phénomènes franchement inflammatoires nous portaient à penser à une affection ostéopathique. L'absence de lésions viscérales confirmait cette idée, et d'autre part l'intégrité des vertèbres dorso-lombaires nous conduisait à rattacher la lésion à l'os iliaque. L'incision exploratrice et curatrice nous permit en effet de constater la dénudation et l'altération d'un point localisé de la crête iliaque. Quant à la nature de cette altération, nous avons tout lieu de la supposer tuberculeuse, en raison du caractère du pus et de la présence de noyaux caséeux au milieu des fongosités qui tapissaient les parois de l'abcès. Cette lésion de l'os iliaque n'est pas fréquente, et ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'elle puisse rester aussi longtemps au contact de l'articulation sacro-iliaque, sans que cette articulation soit elle-même envahie. Ce fait ne peut s'expliquer que par la structure particulière de cette jointure et par la densité de ses ligaments. D'ailleurs la membrane pyogénique s'étalait à la surface de l'interligne articulaire et formait ainsi une barrière isolante.

On est d'avis que les abcès de cette nature ne doivent être ouverts que dans des circonstances spéciales, en raison de l'action fâcheuse de l'air sur d'aussi vastes foyers. Ici nous n'avions pas l'embarras de choix, l'abcès s'étant ouvert spontanément. D'ailleurs quand il a été reconnu que la lésion osseuse est accessible, il est indiqué d'évacuer le pus et d'agir directement sur le désordre primordial. Cette manière de faire nous a d'ailleurs pleinement réussi en la circonstance, puisque le malade sortit presque guéri, environ un mois après l'opération.

Dans l'observation CCCXLVI, il s'agit d'une ostéite du fémur, d'origine traumatique, développée chez un syphilitique. Un abcès fistuleux conduisait sur le fémur atteint d'ostéite condensante à l'union des tiers supérieur et moyen. Le traitement spécifique et les injections iodées étant restés sans résultat, nous proposâmes au malade une opération qui ne fut pas acceptée.

Le traitement tonique et les injections de teinture d'iode

amenèrent au contraire une amélioration assez rapide chez une femme de cinquante et un ans, atteinte d'ostéite limitée de la face interne du tibia, d'origine traumatique (obs. CCCXLIX).

Nous avons souvent attiré l'attention sur ce fait, qu'à la suite d'écrasement d'un membre nécessitant l'amputation, l'attrition et la mortification des parties molles sont souvent beaucoup plus étendues qu'on ne pourrait l'imaginer. Il en résulte que si l'on n'est pas prévenu de cette particularité, on conserve, pour constituer les lambeaux, des tissus dont la vitalité est détruite ou tellement amoindrie, que la réparation est impossible. En pareil cas, les lambeaux se sphacèlent en tout ou en partie, ou bien deviennent le siège de fusées purulentes étendues. L'os réséqué se dénude, s'enflamme et donne lieu à des suppurations interminables dont on n'a le plus souvent raison que par la résection de l'extrémité dénudée. L'observation CCCL relate un fait de ce genre. Le patient avait, à la suite d'un écrasement du pied, subi l'amputation de la jambe à l'union des tiers moyen et inférieur. Il se fit des fusées purulentes, de l'ostéo-myélite du moignon et cinq ans après l'opération pratiquée par un de nos collègues, à Lariboisière, nous dûmes faire la résection du tibia dans une étendue de 6 centimètres 1/2. La guérison fut complète en six semaines.

Dans l'observation suivante, nous voyons la scrofule déterminer en différentes régions des abcès fongueux ostéopathiques peu volumineux et tout à fait superficiels. Le débridement de ces abcès, le râclage des fongosités et des surfaces osseuses enflammées, amenèrent la guérison.

L'observation CCCLII se rapporte à une ostéite centrale du calcanéum d'origine traumatique développée chez un enfant de huit ans, elle est intéressante à plusieurs titres.

Le calcanéum, ainsi que les autres os courts, est fréquemment atteint d'ostéite fongueuse, tuberculeuse, ou scrofuleuse, suivant le tempérament du sujet. Il est plus rare d'y rencontrer la variété d'ostéite dite de croissance et pourtant le fait n'est pas exceptionnel. Dans le tome III des *Cliniques* de Saint-Louis, nous rapportons plusieurs cas de cette nature.

L'observation de notre petite malade vient s'ajouter aux précédentes, pour démontrer que l'ostéite des os courts développés pendant la période de congestion physiologique des os ne suit pas une marche suraiguë comme dans les os longs et qu'elle ne donne pas lieu à cet ensemble de symptômes généraux qui lui ont fait donner le nom de typhus des membres. Rarement aussi elle produit des nécroses foudroyantes, sa marche est plutôt subaiguë ou même chronique. Toutefois elle peut aboutir, comme toutes les inflammations osseuses, à la production de séquestres superficiels ou centraux, ainsi que nous en avons relaté des observations. Chez notre malade nous n'avons pas rencontré de séquestre. Il existait simplement de l'ostéite et des fongosités.

L'évidement de l'os avec la gouge et l'ablation du tissu fongueux suffisent pour amener la guérison.

Les observations CCCLIII et CCCLIV ont trait à des ostéites des premier et cinquième métatarsiens développées chez des adultes. Mais tandis que dans un cas il s'agit d'une ostéite simple, locale, indépendante de l'état général; dans l'autre nous avons affaire à une ostéite tuberculeuse. Les caractères cliniques et anatomo-pathologiques des désordres, ainsi que la marche des affections, méritent d'être mis en opposition.

Chez le tuberculeux, en effet, nous observons une ostéite fongueuse raréfiante, à produits caséeux, rebelles à tout traitement et nécessitant, à plusieurs reprises, l'intervention chirurgicale. Chez le sujet bien portant, au contraire, l'ostéite est condensante, le canal médullaire du métatarsien est comblé par du tissu osseux de nouvelle formation et la guérison s'effectue avec rapidité.

Les observations CCCLVII et CCCLVIII, ayant trait à des nécroses phosphorées, doivent être rapprochées. Les malades travaillaient dans des fabriques d'allumettes chimiques, l'un depuis six ans, l'autre depuis huit ans. Chez la première, les accidents, localisés au maxillaire supérieur, avaient débuté seulement trois mois avant l'entrée à l'hôpital; chez l'autre, les accidents, localisés au maxillaire inférieur, s'étaient déclarés dès le début du travail et avaient suivi une

marche beaucoup plus lente. Les lésions offraient la plus grande analogie : œdème des parties molles recouvrant les maxillaires, chute d'une ou de plusieurs dents, ébranlement et déchaussement des autres, inflammation fongueuse, avec décollement du périoste, nécrose étendue des os, sans séquestres mobiles, suppuration profuse, mauvais état général. Dans les deux cas, nous fîmes l'ablation des parties malades en dépassant les limites d'au moins 1 centimètre. Dans les deux cas le mal se propagea aux parties contiguës, bien que les malades eussent totalement cessé leur travail. Chez la jeune fille de l'observation CCCLVIII, l'envahissement se fit sous nos yeux. Nous dûmes chez les deux malades faire une seconde opération, moins de trois mois après la première.

Le maxillaire inférieur se trouvant en quelque sorte suspendu au-dessous de la face et de la base du crâne ne présente que des connexions articulaires avec les autres os, le mal se limite plus facilement à son corps et à ses branches, aussi eûmes-nous le bonheur de voir guérir complètement la malade atteinte de nécrose du maxillaire inférieur.

Le maxillaire supérieur, soudé avec la plupart des os de la face et de la base du crâne, permet au contraire une propagation facile par contiguïté. C'est ce qui arriva chez l'autre malade; lors de la seconde opération, la nécrose avait envahi non seulement le maxillaire, mais encore l'ethmoïde, le sphénoïde et la face inférieure du frontal, de sorte que nous ne pûmes faire une résection aussi complète que nous l'eussions désiré, à cause du voisinage de l'encéphale. N'ayant pu pour cette raison dépasser les limites du mal, nous vîmes la nécrose poursuivre sa marche envahissante du côté des os de la base du crâne et notre malade succomba dix-huit jours après la seconde opération. L'autopsie nous démontra que la nécrose avait envahi tous les os de la base jusqu'au trou rachidien et que les méninges avaient été envahies par l'inflammation.

L'observation CCCLX est un cas d'*ostéite nécrosique* des plus intéressants. Nous avons eu, à plusieurs reprises, occasion d'établir les variétés d'inflammations des os tant aiguës que

chroniques. Rappelons simplement pour le fait actuel que l'inflammation aiguë peut être simplement sous-périostique ou à la fois sous-périostique et médullaire. Ce dernier cas est de beaucoup le plus grave. La suppuration du canal médullaire est révélée par un épanchement aigu dans l'articulation voisine, épanchement qui indique la nécessité de la trépanation de l'os ainsi que nous l'avons établi dans la seconde édition du *Traité de Pathologie chirurgicale* de Nélaton. Si l'on tarde à intervenir, la suppuration envahit le cartilage de conjugaison, l'épiphyse, l'articulation elle-même, l'os sous-jacent. En pareil cas, l'amputation est la dernière chance de salut.

Lorsque l'inflammation suppurative n'aboutit pas, une nécrose aiguë et totale peut avoir lieu. Du reste trois cas sont possibles :

Ou bien la majeure partie de la diaphyse nécrosée s'enveloppe de couches osseuses de nouvelle formation sécrétée par le périoste et forme en quelque sorte l'axe de l'os nouveau.

Ou bien les foyers d'inflammation sont circonscrits, les séquestres sont multiples et s'enveloppent isolément d'os nouveau, de sorte que lorsqu'on a fait l'ablation d'un premier séquestre à la partie supérieure par exemple, il faut pratiquer une nouvelle voie pour l'extraction des séquestres sous-jacents.

Enfin dans un troisième cas, l'ostéite, bien qu'encore nécrosique, se caractérise plus particulièrement par la production d'une quantité énorme de fongosités médullaires emprisonnant de tout petits séquestres spongieux. Deux de ces variétés peuvent se trouver combinées sur le même os, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'observation précédente. L'ostéite se rapproche plutôt de la troisième variété que des précédentes, toutefois nous avons trouvé des séquestres de la diaphyse d'un certain volume, comme il s'en rencontre dans la seconde variété. Nous attirons l'attention sur la forme singulière affectée par l'humérus chez notre malade. La partie moyenne de la diaphyse avait sensiblement conservé ses dimensions normales, tandis que les extrémités supérieures

et inférieures présentaient des renflements ampullaires, dont la coque était formée par des couches de nouvelle formation et dont les cavités étaient remplies de bourgeons charnus et de séquestres. Sans doute, l'inflammation s'est concentrée sur les points les plus vasculaires, c'est-à-dire au niveau des cartilages diaphyso-épiphysaires, qui sont, comme on le sait, à cet âge, le siège d'un travail nutritif plus actif que le reste de l'os. Ce fait explique, à la fois, le siège des fistules, la déformation et la présence de fongosités et de séquestres dans l'articulation scapulo-humérale. Quant au traitement, il a présenté quelques particularités en raison de l'âge de la malade. En règle générale, la trépanation et l'évidement des os ne présentent, pour nous, aucune difficulté, grâce à l'instrument que nous avons fait construire sous le nom de polytritome. Mais si cet instrument est d'un emploi commode chez l'adulte où les os sont volumineux et résistants, il ne doit être employé qu'avec précaution chez les enfants, dont les pièces du squelette sont grêles et fragiles au point que le moindre effort suffirait pour produire l'éclatement. Nous avons donc dû nous contenter du perforateur et de la gouge concave pour agrandir les fistules osseuses supérieures et ce n'est qu'après nous être assuré de l'épaisseur des couches de nouvelle formation que nous avons cru pouvoir recourir à cet instrument pour l'extrémité inférieure.

On peut rencontrer du côté du fémur, comme du côté des autres os, toutes les variétés de nécroses; nécrose superficielle du tissu compact, nécrose plus ou moins étendue de toute l'épaisseur du même tissu et nécrose centrale du tissu spongieux. L'expérience nous a démontré que cette dernière variété est la plus rare. Il est en effet exceptionnel de trouver le corps de l'os intact et le tissu spongieux nécrosé. Telle était pourtant la variété que présentait le malade de l'observation CCCLXIV. — Il s'agissait dans ce cas d'une véritable ostéo-myélite centrale nécrosique. Le malade, âgé de trente-neuf ans, passait depuis son enfance par des alternatives de guérison et de suppuration. L'aspect du membre, l'exploration des fistules avec le stylet ne permettaient pas de prévoir

la nature de ces désordres. Ce n'est qu'au cours de l'opération, en poursuivant les trajets sinueux que le pus avait faits au milieu des parties molles, que nous parvînmes à découvrir, très loin des orifices fistuleux cutanés, l'ouverture d'un trajet intra-osseux. Autour de ce point, la lame compacte était éburnée et considérablement épaissie. Afin de pénétrer jusqu'au foyer morbide et d'enlever les fongosités et les séquestres, nous dûmes pratiquer, à l'aide du polytritome, de la gouge et du maillet, une gouttière longue de 6 centimètres et large de 3. C'est seulement par cette large voie que nous pûmes atteindre le mal, en dépasser les limites, et débarrasser le malade d'une suppuration qui remontait à la période d'accroissement des os.

D'ordinaire, l'ostéo-myélite centrale suit une marche aiguë et détermine du côté des articulations sus ou sous-jacentes des phénomènes inflammatoires avec épanchement de synoviale qui constituent une indication urgente de la trépanation de l'os. On voit par l'observation qui précède que, dans les formes plus lentes, le mal n'a aucune tendance à la guérison, et qu'en définitive la trépanation est le seul traitement dont l'efficacité soit réelle.

Nous retrouverons des faits analogues à propos des autres os et particulièrement à propos du tibia (Voy. obs. CCCLXV et CCCLXVI).

Un dernier mot sur les affections osseuses, car ce sujet si commun est mal connu, surtout au point de vue de la marche et de l'intervention chirurgicale.

L'observation CCCLXV montre une fois de plus que l'ostéite de l'adolescence peut affecter une marche spéciale, caractérisée par des périodes d'acuité, avec formation d'abcès, évacuation de pus et de petits séquestres et des périodes de repos, pendant lesquels la guérison paraît obtenue. Évolution spéciale qui justifie l'expression d'*ostéite à répétition*. Ces faits sont loin d'être rares, ils s'observent en dehors de tout état général mauvais ou de toute diathèse. Il n'est pas nécessaire que le malade soit profondément débilité et anémique, qu'il soit scrofuleux, tuberculeux, syphilitique ou rhumatisant,

pour que de pareils phénomènes s'établissent. Nous avons au contraire remarqué que les malades de notre clinique qui ont présenté ce processus sont des sujets bien constitués, robustes et dont l'état général ne laisse rien à désirer. L'ostéite à répétition, extrêmement fâcheuse, par suite de l'état d'impotence qu'elle crée, ne semble pas compromettre la vie à bref délai. Tel est le cas de notre malade, qui est arrivé à l'âge de cinquante et un ans. Tel est celui d'un malade que nous avons traité à l'âge de quarante-deux ans et dont l'affection remontait à l'âge de quatorze ans. On trouvera son observation dans le premier volume des *Cliniques*. Tel le cas de M. Serres, qui est mort octogénaire dans ces dernières années et chez qui le début des accidents remontait à 1815 et reconnaissait pour cause une blessure par arme à feu. Quel que soit l'âge du malade, le seul traitement convenable et qui permette d'espérer une guérison définitive est la trépanation et l'évidement de l'os jusqu'au canal médullaire, si cela est nécessaire, comme nous les pratiquons ordinairement.

Obs. CCCXXXVIII. — *Ostéite raréfiante probablement tuberculeuse de l'os malaire gauche. Évidement. Guérison.* — Lizet (Alexandre), trente-quatre ans, employé de commerce, entre le 2 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 12. Mère morte poitrinaire à vingt-huit ans. Scrofule, maux d'yeux, écoulement d'oreilles, glandes au cou, etc. Bonne santé depuis l'âge de quinze à dix-huit ans. Il y a trois ans, le malade reçut, sur la région malaire gauche, un coup de poing dans une bagarre : ecchymose, abcès qui fut ouvert à l'hôpital, suppura un an environ, et se termina par la sortie d'un petit séquestre. Il y a *un an*, nouvelle suppuration de la même région, qui persiste encore aujourd'hui.

État actuel. — Dans la région malaire gauche, trajet fistuleux par lequel le stylet pénètre sur l'os ramolli et friable. Ganglions sous-maxillaires gauches et quelques cicatrices des anciens abcès ganglionnaires cervicaux. État général faible. Ramollissement au sommet des deux poumons. Laryngite tuberculeuse.

Opération. Chloroforme. — Évidement de la portion osseuse atteinte d'ostéite raréfiante. Lavage à l'acide phénique au vingtième. — Pansement renouvelé tous les jours. Cicatrisation de la plaie, 1er janvier 1882. État général amélioré grâce à un traitement tonique et antiscrofuleux administré dès le début.

Obs. CCCXXXIX. — *Ostéite du col de l'omoplate. Résection et drainage. Guérison.* — Bron (Arthur), dix-sept ans, ferblantier. Ce malade fut opéré dans nos salles le 13 novembre 1880, pour une nécrose du tissu spongieux de l'omoplate (acromion et fosse sus-épineuse). La résection partielle de l'os, l'ablation des séquestres et des fongosités suivies du drainage et d'injections modificatrices amenèrent la guérison au bout de quatre mois. (Voir tome IV. Obs. CXII, p. 470.)

Nous revîmes le malade en mai de l'année suivante. L'état général était excellent, mais une fistule s'était ouverte dans l'aisselle. L'exploration de cette fistule avec la sonde cannelée conduisait sur le bord axillaire de l'omoplate immédiatement au-dessous du col de l'os, où l'on sentait un foyer d'ostéite. Le passage d'un drain et des injections iodées faites tous les cinq jours amenèrent la guérison définitive au bout d'un mois.

Obs. CCCXL. — *Ostéite superficielle et limitée de l'omoplate. Abcès ostéopathique de la région scapulaire postérieure droite. Incision avec le bistouri. Ablation des bourgeons charnus fongueux. Rugination de l'os. Drainage. Guérison.* — Bouton (Léon), vingt ans, plombier, entre le 13 avril 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Pas d'antécédents héréditaires. Scrofule, gourme, adénites cervicales dans l'enfance. Bronchites répétées. Sueurs nocturnes. Aucun signe de tuberculose pulmonaire. En janvier 1881, pleurésie gauche. Il y a un mois et demi, après avoir porté un lourd fardeau, il éprouva de violentes douleurs dans la région scapulaire postérieure droite. En même temps, apparut dans la région une tumeur qui a depuis ce moment fait d'incessants progrès. La persistance de ces phénomènes amène le malade à l'hôpital.

État actuel. — La face postérieure de la région scapulaire droite est déformée par une tumeur qui répond au bord spinal et à la partie correspondante de la fosse sous-épineuse. Elle s'étend verticalement de l'épine de l'omoplate à l'angle inférieur de cet os, et dans le sens transversal du bord spinal qu'elle recouvre à l'union du tiers moyen et du tiers externe de la fosse sous-épineuse. Sa forme est hémisphérique. Sa surface est lisse, unie, convexe sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre, légèrement distendue, ne présente ni changement de coloration, ni vascularisation anormale. Au toucher on sent que la tumeur est profondément située au-dessous des muscles trapèze et sous-épineux qui se contractent à sa surface. Elle paraît bien limitée dans la région et n'envoie aucun prolongement appréciable. Au toucher, sa consistance est molle, élastique, manifestement fluctuante et rappelle celle des kystes à parois épaisses ou des abcès profonds. La température de la région ne diffère pas sensiblement de celle des parties voisines. Douleurs sourdes, continues, lancinantes, exaspérées par la pression

et les mouvements. Rien dans les ganglions axillaires. État général peu satisfaisant, anémie, maigreur sans lésions viscérales thoraciques ou abdominales appréciables.

17 *avril.* — Ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire, issue d'un liquide purulent, blanchâtre, épais, grumeleux. — Cataplasmes et compression ouatée.

23. — Aucune modification n'est survenue. — *Chloroforme.* — Nous incisons verticalement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur une étendue de 6 centimètres, puis les fibres du trapèze et du sous-épineux et nous tombons sur une poche purulente dont l'ouverture donne issue à 80 grammes d'un pus caséeux, épais, teinté de sang. Le liquide évacué, nous explorons la cavité de l'abcès avec l'index et nous constatons, d'une part, que le muscle sous-épineux est en partie détruit par des suppurations, d'autre part, que le bord spinal de l'omoplate et une partie de la fosse sous-épineuse sont dénudés, sans que toutefois l'os présente d'autres altérations qu'un peu d'ostéite superficielle, enfin, que le sac purulent est tapissé par une membrane de bourgeons charnus dégénérés, fongueux, offrant une épaisseur de 2 à 3 centimètres. Raclage des fongosités, puis rugination de la surface osseuse atteinte d'ostéite. — Drain, compression avec une éponge phéniquée dans la cavité : suture avec trois fils métalliques. Pansement phéniqué.

L'examen immédiat des fongosités démontre qu'elles renferment des noyaux indurés dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois, et de petits foyers caséeux d'aspect tuberculeux. — T. S. 37°,4.

24. — La nuit a été calme. T. M. 36°,6. T. S. 37°,8. État nauséeux dû au chloroforme. Pas d'appétit.

25. — T. M. 36°,6. Pas de réaction fébrile.

27. — On enlève les fils; réunion par première intention, sauf au niveau du drain. Suppuration modérée. Lavages et pansements phéniqués.

5 *mai.* — Suppuration tarie. On enlève le drain et on cautérise les bourgeons charnus exubérants.

20. — Guérison. Exeat.

Obs. CCCXLI. — *Ostéite caséeuse, limitée de l'humérus droit, évidement de la portion malade. Drainage. Guérison.* — Vergne (Siméon), seize ans, ouvrier en parapluies, entre le 8 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 33. Pas d'hérédité. Pas d'autres antécédents pathologiques qu'une fièvre typhoïde en décembre 1878. Pendant la période de convalescence de cette maladie, un abcès se forma à l'union du tiers moyen et inférieur de la face interne du bras droit, s'ouvrit spontanément et demeura fistuleux. La suppuration prolongée décide le malade à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Le bras droit est le siège d'atrophie appréciable par comparaison avec le membre correspondant du côté opposé. Il n'existe pas de déformation. La peau n'offre aucune trace d'altération. A quatre travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée sur le trajet de l'artère humérale, on voit un orifice fistuleux, en activité, capable d'admettre une sonde cannelée. Au toucher, on sent à la face postérieure de l'os à l'union du tiers moyen et inférieur une zone d'hypérostose convexe en verre de montre, de 3 centimètres de diamètre. Le stylet introduit dans la fistule se porte en haut et en arrière, vers le centre de cette tuméfaction et rencontre un os dénudé, ramolli et friable, dans lequel il pénètre facilement. Rien dans les articulations sus et sous-jacentes. Pas de troubles nerveux ou vasculaires. Le mal paraît très limité. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

11 *février. Anesthésie.* — La sonde cannelée étant maintenue dans la fistule, nous faisons au niveau de la cloison intermusculaire interne une incision verticale longue de 6 centimètres, dont les lèvres sont rétractées par des aides qui maintiennent en même temps l'artère humérale et le nerf cubital écartés du champ de l'opération. En dédoublant la cloison aponévrotique, nous arrivons jusqu'à l'os. Nous ruginons le périoste afin de le conserver et nous découvrons un foyer d'ostéite s'étendant jusqu'au canal médullaire. Avec la fraise du polytritome, nous faisons au pourtour de la fistule osseuse une série de trépanations et nous faisons sauter les ponts osseux intermédiaires avec la scie circulaire. Le canal médullaire renferme un clapier du volume d'une noix rempli de bourgeons charnus emprisonnant des noyaux caséeux d'aspect tuberculeux, sans séquestres. — Grattage et rugination. — Drainage. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

14. — Pas de réaction fébrile. On enlève trois fils. Injections alcoolisées. Purgatif.

15. — Les dernières sutures sont enlevées et remplacées par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention.

25. — Cautérisation des bourgeons charnus de l'angle inférieur de la plaie, avec le nitrate d'argent.

4 mars. — Guérison. Exeat.

Obs. CCCXLII. — *Ostéite traumatique de l'extrémité inférieure de l'humérus. Arthrite fongueuse du coude, consécutive. Résection des extrémités articulaires. Guérison.* — Mallet (Hélène), quatorze ans et demi, brunisseuse, entre le 16 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 40. Pas d'hérédité. Scrofule. Pas de tuberculose. Il y a six ans, chute sur le coude gauche, formation d'abcès au côté interne et externe de l'extrémité inférieure de l'humérus. Les abcès s'ouvrent et restent fistuleux. Peu à peu l'avant-bras se place dans la flexion. Quatre mois après l'accident, il s'immobilise à angle droit. La persistance de ces acci-

dents et l'affaiblissement progressif des forces sous l'influence d'une suppuration continue amènent la malade à l'hôpital.

État actuel. — Le coude est déformé par une tuméfaction considérable qui s'étend surtout du côté de l'humérus et qui contraste avec l'atrophie des segments sus et sous-jacents. L'avant-bras immobilisé dans la flexion à angle droit est subluxé en dehors. Au niveau de la tuméfaction, la peau est rouge, exsangue, amincie, tendue, criblée de fistules au pourtour desquelles elle présente une coloration violacée. Une première fistule située au niveau de l'épitrochlée conduit dans l'épaisseur de l'humérus, traverse l'extrémité inférieure de cet os et pénètre dans l'articulation, qui est remplie de fongosités. Une seconde fistule siège au-dessus de l'épicondyle et aboutit à l'humérus, dénudé, ramolli et friable. Deux fistules antérieures cheminent dans l'épaisseur des parties molles sans se prolonger jusqu'aux os. Au toucher, l'humérus est notablement hypertrophié, tout le mal semble s'être concentré de son côté. Le cubitus et le radius ont subi un déplacement en dehors par suite du ramollissement des ligaments articulaires, mais paraissent avoir conservé leur intégrité. Au niveau de l'interligne articulaire en avant et surtout en arrière, de chaque côté de l'olécrâne, sensation mollasse et faussement fluctuante des fongosités. Les mouvements normaux de l'articulation sont perdus ; on peut au contraire produire certains déplacements anormaux dus au changement des rapports des surfaces articulaires. — Bien qu'il n'existe encore aucune lésion viscérale, l'état général est inquiétant. Émaciation externe, anémie profonde. Nous pensons que les désordres ont débuté par l'épiphyse humérale et se sont de là transmis à l'articulation.

7 *juin.* — *Chloroforme.* — Nous pratiquons la résection du coude d'après notre procédé habituel. Pour cela nous faisons, en arrière du coude, une incision courbe à concavité supérieure allant de l'épitrochlée à l'épicondyle. Nous détachons l'insertion olécranienne du tendon du triceps et nous relevons le lambeau du côté du bras. Nous détachons de même les insertions des muscles épicondyliens et épitrochléens en ménageant le plus possible le périoste et en évitant de léser le nerf cubital. Fléchissant alors fortement l'avant-bras sur le bras, nous détachons le ligament antérieur. L'articulation est remplie de petits bourgeons charnus rouges et saignants, rappelant plutôt des lésions de l'ostéo-myélite que celles de l'arthrite fongueuse proprement dite, les fongosités sont toutes fixées sur l'épiphyse humérale. L'extrémité inférieure de l'humérus est en effet ramollie, atteinte d'ostéite raréfiante jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'épitrochlée et de l'épicondyle. Après avoir détaché le périoste dans toute cette étendue, nous réséquons la portion d'os malade avec la scie du polytritome. Les extrémités articulaires du cubitus et du

radius sont saines, aussi, après avoir réséqué l'olécrâne, nous contentons-nous de détacher les surfaces cartilagineuses de ces os.

Drain transversal : dix points de suture. Le membre, ramené dans une bonne position, est immobilisé dans notre gouttière avec des coussins imperméables.

Du 7 au 12 juin, la température oscille entre 37°,6 et 38°,8 ; elle devient normale ensuite. On enlève les fils les cinquième, sixième et septième jours. Réunion par première intention sauf au niveau des orifices d'entrée et de sortie du drain. Suppuration très modérée, lavages quotidiens et pansement phéniqué. On change les coussins de la gouttière le huitième jour. Au bout d'un mois la suppuration est tarie, on enlève le drain et on cautérise les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

20 *juillet.* — Cicatrisation complète. Appareil silicaté.

3 *août.* — Guérison. La malade quitte le service.

Obs. CCCXLIII. — *Ostéite chronique de la partie inférieure du radius. Abcès profond. Evacuation du pus, évidement de l'os. Guérison.* — Montagne (Agathe), quarante-six ans, couturière, entre le 27 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis*. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents syphilitiques, scrofuleux ou tuberculeux. Il y a six mois, tuméfaction de la moitié inférieure de l'avant-bras, au côté externe. Douleurs sourdes, continues, lancinantes ; gêne des mouvements de l'avant-bras. Les progrès de la tuméfaction allant toujours croissant, la malade se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — L'avant-bras droit est déformé par une tumeur entourant à la manière d'un demi-bracelet le bord radial et les moitiés correspondantes des faces antérieure et postérieure. Elle forme au-dessus des parties saines un bourrelet de 2 et 3 centimètres d'épaisseur, et offre une hauteur de 7 centimètres. Elle occupe plus du tiers inférieur de la région tout en restant distante de 2 centimètres de l'interligne articulaire radio-carpien. La peau soulevée, distendue, œdémateuse, présente une teinte violacée comme dans les cas d'inflammation chronique. Au toucher on constate que cette tumeur est molle, fluctuante dans sa partie centrale et qu'elle offre une consistance lardacée à sa périphérie. Elle est profondément située au-dessous des muscles de la moitié externe de l'avant-bras, qui sont soulevés, étalés et se contractent à sa surface. Il est difficile d'apprécier l'état du radius; toutefois on sent au niveau de cet os une induration et un épaississement qui semblent indiquer qu'il est notablement hypertrophié. Le cubitus et les muscles qui l'entourent ont conservé leur configuration et leurs rapports normaux. Rien dans les ganglions épitrochléens et axillaires. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. L'état général est loin d'être satisfaisant, la malade est amaigrie, pâle, anémique.

4 *juin.* — *Anesthésie.* — A l'aide du bistouri nous faisons sur le bord radial de l'avant-bras une incision cutanée, longue de 15 centimètres. Les veines sous-cutanées sont extrêmement développées, dilatées et sinueuses. Il existe des vaisseaux de nouvelle formation, aussi sommes-nous obligés d'appliquer une vingtaine de pinces hémostatiques avant d'arriver sur les muscles. Aussitôt que l'aponévrose antibrachiale est incisée, nous voyons faire hernie, entre le long supinateur et le grand palmaire, un énorme paquet de fongosités, rouges, mollasses et saignantes. Ces productions sont littéralement formées de grumeaux caséeux dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Nous les enlevons avec la cuiller et nous pénétrons dans l'interstice musculaire qui leur a donné issue. Nous reconnaissons alors qu'entre les deux plans musculaires profond et superficiel existe une couche épaisse formée de fongosités et de pus concret, nous raclons de même avec soin tous ces tissus morbides. Ayant ainsi dégagé les muscles, nous trouvons dans leur interstice un trajet fistuleux qui conduit sur le radius. Cet os notablement augmenté de volume est atteint d'ostéite condensante. Nous faisons alors au niveau de son bord interne une autre incision longue de 10 centimètres et nous en faisons rétracter les bords par les aides. De ce côté l'os est dénudé; afin d'enlever le tissu morbide de nouvelle formation sans produire d'ébranlement, nous faisons une série de trépanations linéaires avec la fraise du polytritome et nous faisons sauter les ponts intermédiaires à l'aide des pinces coupantes, de la gouge et du maillet. Les couches osseuses de nouvelle formation éburnées ont une épaisseur de 2 et 3 centimètres, le centre de l'os contient du pus. Le mal s'étendant du côté de l'extrémité supérieure, nous sommes obligés de prolonger notre incision de ce côté dans une étendue de 5 centimètres. Nous faisons une nouvelle série de trépanations et nous réséquons un fragment long de 6 centimètres au delà duquel nous tombons sur un tissu sain. Drain. Seize points de suture métallique. — Pansement phéniqué et ouaté compressif. Sur trente pinces hémostatiques appliquées pendant l'opération, quatre seulement sont laissées à demeure pendant vingt-quatre heures. L'avant-bras est placé dans une position voisine de la supination et immobilisé par un appareil plâtré. Tous les deux jours on a fait alternativement des injections de teinture d'iode et des cautérisations au nitrate d'argent.

10 *juillet.* — La malade va bien, la cicatrisation est en grande partie obtenue, on continue les cautérisations profondes au nitrate d'argent.

5 *août.* — La malade part pour le Vésinet, cicatrisation presque complète.

Obs. CCCXLIV. — *Ostéite du médius droit, consécutive à un traumatisme. Exfoliation du tendon fléchisseur. Excision de la partie tendi-*

neuse malade. Guérison. — Godard (Nicolas), soixante-sept ans, raffineur, entre le 1er avril, salle Saint-Augustin, n° 77. Blennorrhagie et chancre il y a quarante ans : langue sillonnée, alopécie. Il y a six semaines a eu le médius droit pincé entre le sol et un baquet : panaris, pour lequel un médecin ordonne des bains de guimauve et des cataplasmes, puis des pommades. L'affection faisant des progrès, le malade entre à l'hôpital.

État actuel. — Le médius droit est doublé de volume, un peu fléchi et présente trois ouvertures de trajets fistuleux, deux à la face antérieure de la phalange et le troisième vers le dos, au niveau du pli interdigital en dehors. Un de ceux de la face palmaire livre passage à un tendon fléchisseur, dont les deux bouts séparés pendent par l'ouverture. Ils sont exfoliés, filandreux, jaunâtres et ont perdu en grande partie leur aspect nacré. On est obligé de les exciser. Par les trois orifices on arrive sur la première phalange dénudée au milieu de bourgeons fongueux abondants. La paume de la main participe à l'inflammation dans la partie avoisinant la racine du médius malade et présente même la trace d'une petite fistule oblitérée. Léger œdème du dos de la main, peu de douleurs. — Iodure de potassium 2 grammes, bandelettes de Vigo.

L'inflammation diminue peu à peu ainsi que la suppuration et les douleurs.

25 *avril.* — L'ostéite est éteinte, les fistules fermées. Exeat.

Obs. CCCXLV. — *Ostéite de l'os iliaque. Abcès ostéopathique de la fesse droite. Incision. Évacuation du pus, rugination de l'os iliaque. Guérison.* — Tournant (Gustave), vingt-six ans, tapissier, entre le 6 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Fluxion de poitrine il y a trois ans. Depuis deux ans, il éprouvait, dans la région sacro-iliaque droite, des douleurs sourdes, continues, lancinantes, irradiées à toute l'étendue de la fesse et exagérées par la pression et la marche ; en janvier dernier, il reçut un coup dans la région malade. Ce dernier accident fut suivi d'une tuméfaction qui s'accrut de jour en jour, en même temps la marche, de plus en plus pénible, finit par devenir impossible. Dernièrement la peau s'est amincie au sommet de la tumeur, et est devenue rouge et luisante.

État actuel. — La région sacro-iliaque droite est déformée par une tumeur limitée en haut par la crête iliaque, en bas par une ligne horizontale qui passerait par le bord supérieur du grand trochanter, en arrière par l'interligne articulaire sacro-iliaque, en avant par une autre ligne qui descendrait verticalement de la partie moyenne de la crête iliaque. Son volume est celui d'une tête de fœtus à terme, sa forme est hémisphérique ; mais elle présente trois bosselures offrant chacune les dimensions d'un œuf de poule. La saillie moyenne

occupe le centre de la tumeur qui est fluctuante : peau violacée, amincie. La tumeur est sous-musculaire, sauf dans la partie enflammée. Le muscle grand fessier se contracte à sa surface. Les régions voisines sont indemnes : rien du côté des vertèbres dorso-lombaires, de l'os iliaque du côté opposé, du sacrum, du rein ou des parois abdominales. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Miction et défécation normales. Pas de lésions éloignées. État général encore satisfaisant. — Traitement tonique. Topiques émollients et résolutifs sur la tumeur.

16 *juillet.* — L'abcès s'ouvre spontanément au point acuminé, il laisse écouler une grande quantité de pus blanchâtre, grumeleux, d'odeur fade, sans toutefois se vider complètement.

Même jour. — *Anesthésie.* — Large incision de la poche : nous explorons ses parois avec l'index, afin de reconnaître le point de départ de la lésion. Le muscle moyen fessier est ramolli et en partie détruit par la suppuration. Le périoste de l'os iliaque forme la paroi profonde de l'abcès et est recouvert de fongosités. Le point de départ de l'affection est l'extrémité postérieure de la crête iliaque à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque. L'os est dénudé de son périoste rugueux et ramolli dans une étendue de 1 centimètre et demi. L'exploration de l'articulation avec le doigt ne démontre pas qu'elle communique avec l'abcès. Ses ligaments et son cartilage interarticulaire sont doublés par la membrane pyogénique. Le stylet ne pénètre pas davantage dans l'articulation à l'aide d'une rugine coupante, nous faisons le raclage des parois de la poche purulente en enlevant toutes les fongosités qui la tapissent. Ces fongosités renferment des noyaux tuberculeux. Drain : pansement phéniqué et ouaté compressif, après avoir réuni les trois quarts supérieurs de la plaie à l'aide de cinq points de suture métallique.

Pendant les huit premiers jours, la température oscille entre 37°,4 et 38°, elle devient normale ensuite. Le cinquième jour on enlève les fils et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Réunion par première intention, sauf à l'angle inférieur. Pendant quinze jours suppuration abondante par le tube, lavages phéniqués quotidiens. La suppuration se modère ensuite. Elle est tarie au bout d'un mois et demi : on enlève le drain, cautérisations avec le nitrate d'argent. Etat général très satisfaisant. Guérison assurée.

12 *août.* — Le malade part en convalescence.

Obs. CCCXLVI. — *Ostéite du fémur chez un sujet syphilitique. Injections iodées par les orifices fistuleux. Amélioration.* — Bernard (Louis), trente-neuf ans, carrier, entre le 27 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 17. Sujet peu robuste. Chancre induré à l'âge de vingt-cinq ans. L'année dernière, en travaillant dans une carrière, une pierre du poids de 5 kilogrammes lui est tombée sur la cuisse, de la hauteur de 1 mètre.

Douleurs au moment de l'accident, gonflement, ecchymose; il n'interrompit pas son travail. Il y a cinq mois, en se relevant après avoir travaillé une partie de la matinée à genoux, il ressentit une violente douleur à la partie supérieure et externe de la cuisse. Quelques jours après, gonflement à cet endroit, douleurs de plus en plus vives, et enfin formation d'un abcès qui s'ouvrit spontanément. Il garda le lit pendant huit jours, puis reprit ses occupations, mais il a continué à souffrir. Deux trajets fistuleux s'étaient formés à la suite de l'abcès. L'une des ouvertures s'est fermée; par l'autre, il s'écoule continuellement une petite quantité de pus verdâtre.

Etat actuel. — A l'union des tiers supérieur et moyen de la cuisse, au niveau du tenseur du fascia lata, orifice fistuleux par lequel on voit sourdre du pus. A 3 centimètres en dedans, au niveau du bord externe du droit antérieur, second orifice cicatrisé. Autour de la première fistule, la peau est soulevée et rouge; la pression en cet endroit est douloureuse. Un stylet introduit dans cette fistule prend une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans et vient toucher l'os qui est dénudé, éburné, atteint d'ostéite. — Repos au lit, injections de teinture d'iode par le trajet fistuleux. Régime reconfortant Vin de quinquina. Sirop de fer. Iodure de potassium.

Malgré ce traitement, l'amélioration est peu sensible, et comme l'on prévient le malade qu'une opération sera sans doute nécessaire, il demande à s'en aller. — Exeat le 21 août.

Obs. CCCXLVII. — *Ostéite traumatique de l'extrémité inférieure du fémur droit, arthrite du genou, luxation du tibia en arrière avec rotation en dehors de la jambe et du pied, consécutif à la contusion de l'articulation. Résection du genou. Evidement du fémur. Guérison.* — Rufard (Clémence), seize ans, couturière, entre le 20 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 44. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Il y a dix-huit mois, chute sur le genou droit, douleurs, gêne de la marche persistante; la malade finit par prendre le lit ; deux mois après l'accident, ouverture d'un abcès au côté interne du fémur, immédiatement au-dessus du condyle correspondant. Ultérieurement deux autres abcès se formèrent au voisinage de l'articulation, s'ouvrirent et demeurèrent fistuleux. Peu à peu la jambe prit une position vicieuse. Impotence. La malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La jambe, immobilisée dans l'extension, est subluxée en arrière et en dedans ; elle a subi en même temps que le pied un mouvement de rotation en dehors. L'extrémité inférieure du fémur fait avec la rotule une énorme saillie en avant, ces os paraissent à la vue notablement hypertrophiés. Immédiatement en dessous de la rotule, encoche profonde due à la subluxation du tibia en arrière et en dedans. Du côté du creux proplité, disposition inverse. La moitié

inférieure est saillante; on apprécie manifestement de ce côté la forme du bord postérieur des plateaux du tibia. Outre ces déformations, la peau présente trois orifices fistuleux. Deux d'entre eux répondent à l'interligne articulaire et conduisent dans l'articulation remplie de fongosités et de stalactites osseuses. La troisième, située au-dessus du condyle interne du fémur, se dirige vers la face postérieure de cet os qui est atteint d'ostéite raréfiante. Au toucher l'épiphyse fémorale est notablement déformée, alors que les extrémités supérieures du tibia et du péroné ont sensiblement conservé leur forme et leur volume. Les mouvements de l'articulation sont abolis, et bien qu'il existe de la contraction et de la rétraction des muscles postérieurs de la cuisse, il est facile de se convaincre que l'immobilité de la jointure est due surtout à des stalactites osseuses qui soudent entre elles les surfaces articulaires.

27 *mai*. — *Anesthésie*. — Nous pratiquons d'abord la résection du genou d'après notre procédé habituel. Pour cela, nous faisons au-dessous de la rotule une incision demi-elliptique à concavité tournée en haut, s'étendant d'un condyle fémoral à l'autre et comprenant successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le tendon rotulien et la capsule articulaire, nous disséquons le lambeau de bas en haut, afin de le relever vers le fémur. Ce temps de l'opération est plus difficile que d'habitude, parce que la rotule, qui est comprise dans l'épaisseur du lambeau, est soudée au fémur, déformée et luxée en dehors. Nous l'isolons de toute part, et nous l'extrayons à l'aide d'un fort davier. Elle a laissé son empreinte sur les condyles. L'articulation contient des fongosités rouges, vasculaires, peu volumineuses. Après avoir mis à nu les plateaux du tibia, nous ruginons le périoste sur les parties antérieures et latérales et nous le faisons rétracter afin de le conserver ; puis nous réséquons simplement la lamelle osseuse qui répond aux plateaux ; cet os n'était pas malade par ailleurs. Lorsque le trait de scie est arrivé au voisinage de la face postérieure de l'os nous saisissons le fragment réséqué et nous l'extrayons avec le davier, afin de ménager le périoste qui le recouvre en arrière et forme une barrière naturelle du côté du creux poplité. Une artère périostique donnant alors du sang, nous la saisissons entre les mors d'une pince. Le tibia adhérait en arrière aux condyles fémoraux. Les condyles sont atteints d'ostéite raréfiante, nous décollons le périoste à leur surface, nous les dissséquons à l'aide de la scie du polytritome et nous les détachons avec le davier en décollant comme précédemment par voie d'arrachement le périoste qui forme barrière en arrière. La résection du genou terminée, nous faisons à la partie interne de la cuisse une incision dont le centre répond à celui de la fistule qui existe à ce niveau, afin de nous rendre compte de l'état de la diaphyse fémorale. Le tiers inférieur de l'os est atteint d'ostéite

raréfiante, les trabécules en partie résorbés emprisonnent des fongosités baignées de pus. Nous détachons le périoste dans une nouvelle étendue de 5 centimètres, nous scions tout le tissu malade. L'opération terminée, nous rapprochons les lèvres de la plaie et nous les suturons à l'aide de douze fils métalliques : drain transversal. Le membre est enfin placé dans une bonne position et immobilisé dans notre gouttière à coussins imperméables. Pansement phéniqué et ouaté légèrement compressif.

Les huit premiers jours la température oscille entre 38° et 38°8, puis redevient normale. On enlève les fils les cinquième et sixième jours. Réunion par première intention, sauf au niveau des orifices d'entrée et de sortie des drains. Lavages et pansements alcoolisés phéniqués quotidiens.

2 *juillet.* — Suppuration toujours abondante par le drain. L'état général est satisfaisant. On remplace les coussins imperméables et la gouttière.

1er *septembre.* — Suppuration presque tarie.

4 *octobre.* — On a enlevé le drain trop tôt; un abcès s'est ouvert au côté interne de l'article. Incision. Évacuation du liquide, passage d'un nouveau drain.

2 *décembre.* — Suppuration complètement tarie. On enlève définitivement le drain. Consolidation très avancée. Appareil plâtré.

25 *janvier.* — Guérison. — Exéat.

Obs. CCCXLVIII. — *Ostéite raréfiante centrale du tibia gauche. Résection d'une lame de tissu compacte et évidement des parties malades.* — Maire (Pierre), dix-sept ans, horloger, entre le 22 avril 1881, n° 31, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Antécédents scrofuleux, gourme, adénites cervicales dans l'enfance.

En novembre 1879, fièvre typhoïde; consécutivement la jambe gauche s'est tuméfiée, un abcès s'est ouvert à l'union du quart supérieur du tibia, avec les trois quarts inférieurs et est resté fistuleux. Peu à peu, la jambe a pris une position de demi-flexion sur la cuisse et aujourd'hui le malade, ne pouvant marcher, demande à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La face antérieure de la jambe gauche est, dans son quart supérieur, le siège d'une tuméfaction légère, bien qu'appréciable à la vue. A deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, s'ouvre une fistule déprimée, dont les bords, décollés dans l'étendue de 1 centimètre, sont en partie ulcérés, le centre de l'orifice fistuleux est masqué par des bourgeons charnus peu volumineux, entre lesquels s'échappe continuellement un pus séreux, verdâtre. Au pourtour de cette fistule, la peau est amincie, tendue, luisante, violacée. Elle ne présente pas d'altération dans le reste de son étendue. Le stylet, introduit dans la fistule, conduit di-

rectement dans une cavité creusée au centre du tibia, remplie de bourgeons charnus, ramollis et friables. Les parois de cette cavité sont constituées par un tissu osseux raréfié et facile à briser sous l'instrument. Si l'on cherche à pénétrer plus profondément, on reconnaît que la cavité osseuse se dirige obliquement en haut dans la direction de l'épiphyse. La jambe est demi-fléchie sur la cuisse et toute tentative de redressement complet du membre reste infructueuse. Le genou présente d'ailleurs sa configuration normale et ne paraît être le siège d'aucun désordre à la vue et au toucher. Les muscles postérieurs de la cuisse sont durs, contracturés et même rétractés. Etat général satisfaisant. Pas de lésions viscérales.

27 *mai*. Anesthésie. — Dès que le malade est anesthésié, les muscles contracturés se détendent et le membre peut être ramené presque dans la rectitude. A l'aide du bistouri, nous faisons à la partie antérieure du tibia une incision cruciale dont la branche verticale est longue de 10 centimètres, et la branche transversale de 5 centimètres. Le centre de ces incisions répond à la fistule. L'instrument a intéressé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose jambière, en respectant le périoste. Après avoir fait rétracter les angles de la plaie, nous incisons cette membrane et nous la décollons dans une étendue suffisante pour agrandir l'orifice fistuleux et pénétrer facilement jusqu'au canal médullaire de l'os. A cet effet, nous nous servons de la scie circulaire du polytritome, qui nous permet de réséquer une lamelle de tissu compact, longue de 3 centimètres et large de 2 centimètres. Lorsque cette lamelle est isolée, nous la faisons sauter avec un fort davier. Puis nous agrandissons la voie avec la gouge et le maillet, tout en régularisant les parois. Le foyer morbide étant largement ouvert, nous l'évidons à l'aide de la cuiller tranchante. Il est plein de tissus membraneux, rougeâtres, fongueux, imbibés de pus caséeux. En poursuivant le mal, nous reconnaissons que la fistule osseuse remonte dans la direction de l'épiphyse sur une longueur de 3 centimètres, tout en n'atteignant pas l'articulation. Nous évidons ensuite, avec une forte gouge courbe, des parois du foyer qui sont constituées par un tissu atteint d'ostéite raréfiante. Lorsque nous avons dépassé les limites du mal, nous tamponnons la cavité avec une grosse éponge qui exerce sur les surfaces osseuses saignantes une compression suffisante. Au bout de dix minutes, l'effusion sanguine étant arrêtée, drain et pansement phéniqué et ouaté compressif.

Pas de réaction fébrile ou inflammatoire. Pas de complications, mais suppuration abondante et prolongée. Nous donnons au malade un régime tonique et reconstituant. Peu à peu les forces reviennent. L'état général s'améliore. La suppuration se modère. La plaie se comble lentement du fond à la surface, par des bourgeons charnus

de bonne nature, mais la guérison n'a lieu qu'au bout de longs mois.

Obs. CCCXLIX. — *Ostéite limitée du tibia. Repos. Badigeonnages de teinture d'iode. Traitement général. Guérison.* — Carpay, cinquante et un ans, couturière, entre le 6 mai 1883, n° 18, salle Sainte-Marthe. Cette malade a toujours été bien portante, et ne présente aucune trace de manifestation diathésique. Deux enfants et une fausse couche. Les règles ont cessé il y a un an. Il y a trois ans, à la suite d'une chute, ostéite limitée de la face interne du tibia, traitée par la teinture d'iode. Il y a un an, la marche devint impossible à cause des douleurs que ressentait la malade. Elle entra à l'hôpital Saint-Antoine où on fit le grattage de l'os malade. Sortie de Saint-Antoine il y a six semaines, la malade vient nous retrouver, son affection osseuse n'étant pas guérie.

Etat actuel. — L'os est augmenté de volume à deux travers de main au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne ; à ce niveau, il y a eu formation de deux petits abcès qui se sont ouverts ; on voit également deux trajets fistuleux qui mènent directement le stylet sur l'os malade. Etat général satisfaisant. — Traitement tonique et sirop d'iodure de fer, badigeonnages iodés sur les points malades.

L'amélioration survint assez vite : en juin, les fistules étaient fermées et la marche possible, et le 8 juillet cette femme sortait du service suffisamment bien, pour que toute intervention chirurgicale fût inutile.

Obs. CCCL. — *Ostéite d'un moignon d'amputation de jambe, défectueux. Résection. Guérison.* — Cagé (Florentin), cinquante-six ans, entre le 29 novembre 1880, n° 70, salle Saint-Augustin. Ce malade, à la suite d'un écrasement du pied, a été amputé au tiers inférieur de la jambe, il y a cinq ans. Il mit assez longtemps à se guérir et eut, vers le mollet, quelques fusées purulentes qui nécessitèrent des drainages. Enfin, il put marcher au moyen d'un appareil dans lequel il ne prenait aucun point d'appui directement sur l'extrémité de son moignon. Mais, aussitôt qu'il se fatiguait un peu, ce moignon augmentait légèrement de volume, devenait rouge, violacé, puis s'ulcérait à son centre et le malade était condamné au repos pendant un certain temps. Au mois de novembre, après une fatigue plus grande, l'augmentation de volume devint considérable, la douleur excessive et l'aspect du moignon ulcéré des plus mauvais. C'est alors qu'il entra à l'hôpital.

Rien dans les antécédents, pas d'alcoolisme, ni de rhumatisme, ni de diabète, ni d'albuminurie. Cataplasmes, puis pansement à l'alcool et à l'acide phénique.

1er *janvier.* — Le moignon, conique, offre une cicatrice osseuse, à peine recouverte de quelques parties molles : petite ulcération centrale grisâtre.

8. — Incision transversale remontant d'environ 6 centimètres en dedans et en dehors et passant sur le sommet du moignon, de façon à le partager en deux lambeaux, un supérieur et un inférieur. Ces deux lambeaux sont séparés des os sans aucune perte des parties molles et les os dénudés et atteints d'ostéite sont réséqués à 6 centimètres 1/2 de leur extrémité, le tibia avec la scie ordinaire, le péroné avec la scie du polytritome; trois pinces suffisent pour arrêter des hémorrhagies insignifiantes, entre autres celle de la péronière postérieure. Un drain est mis au fond de la plaie et les deux lambeaux qui s'adaptent parfaitement l'un à l'autre réunis par six points de suture métallique. Pansement phéniqué. — Soir, T. 37°. Potion de Todd : potages.

9. — Nuit sans sommeil. Ce matin quelques vomissements. On ôte les pinces à demeure. Température, 37°,8. Pouls, 85.

11. — Premier pansement. Les sutures sont remplacées par des bandelettes collodionnées, maintenant les lambeaux en rapport; la réunion par première intention est d'ailleurs presque générale. Bon état général.

Pansement tous les deux jours; le 30 janvier, on ôte le drain et on cautérise le trajet aux extrémités avec le crayon de nitrate d'argent. Etat général toujours satisfaisant.

5 *février*. — Le malade se lève et marche dans la salle avec des béquilles.

11. — Part pour Vincennes. — La fièvre traumatique a duré deux jours, du 9 janvier au 11 ; la température, après avoir monté à 39°, est revenue à 37° pour ne plus en sortir. Au départ il ne reste plus qu'un petit point ulcéré sur l'ancienne cicatrice du moignon. Le moignon est bien fourni de parties molles, l'état général est excellent.

Obs. CCCLI. — *Ostéo-périostites chroniques des os de la jambe droite. Abcès fongueux. Incision. Guérison.* — Juste (Louis), quatre ans, est apporté dans notre service le 5 juin 1881. Mère bien portante. Père inconnu. Pas de syphilis. L'enfant a été élevé au biberon. De tout temps il a présenté des accidents de scrofule. Il a eu déjà un abcès froid dans le dos, disparu par les badigeonnages iodés.

Actuellement deux petits abcès chroniques, du volume d'un petit œuf de pigeon et situés, l'un à la partie antérieure du tibia gauche, l'autre au niveau de la malléole externe de la même jambe.

6 *juin*. — Badigeonnages iodés. Compression ouatée.

6 *juillet*. — Même état. Incision de l'abcès.

20. — Il reste une fistule qui laisse continuellement passer du liquide séreux et conduit sur les os légèrement dénudés. Nous raclons alors la cavité des abcès avec une curette. Des fongosités sont ainsi détachées. Le périoste est rouge et tuméfié, les os sont atteints d'ostéite très superficielle.

1[er] *août.* — Guérison.

Obs. CCCLII. — *Ostéite du calcanéum. Evidement. Guérison.* — Cartalier (Edmond), huit ans, écolier, est présenté à notre clinique du 24 décembre 1882. Enfant bien constitué. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. En février dernier, il est tombé en jouant et s'est fait, d'après les renseignements fournis par les parents, une entorse du pied gauche, qui l'a retenu au lit pendant deux mois, sans que l'on ait mis d'appareil. Au bout de cette période, un abcès s'est fait jour à la face externe du calcanéum en arrière de la malléole péronière, et est devenu le point de départ d'une fistule qui est encore en activité.

Etat actuel. — Le pied gauche ne présente ni attitude vicieuse ni déformation; il offre simplement une tuméfaction légère, limitée à la face externe du calcanéum. Le centre de cette tuméfaction est occupé par un orifice fistuleux en partie masqué par de gros bourgeons charnus, siégeant en arrière de la malléole péronière, plus près du tendon d'Achille que du péroné, et plus près de la face supérieure de l'os que de sa face inférieure. L'exploration avec le stylet montre que cette fistule conduit sur le calcanéum dénudé et friable. Il n'existe pas de séquestres mobiles. Indolence. Tous les mouvements du pied sont libres. Les articulations paraissent saines. Rien dans les ganglions poplités et inguino-cruraux. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Etat général satisfaisant.

24 décembre. — Anesthésie. — Nous débridons la fistule sur la sonde cannelée en dirigeant l'incision en haut et en arrière, de façon à éviter les vaisseaux et nerfs importants de la région et pendant que des aides rétractent les lèvres de l'incision, en avant et en arrière, avec des pinces hémostatiques, nous ruginons le périoste, afin de le conserver. Là encore nous évitons de faire porter le décollement du périoste du côté des vaisseaux. L'os étant à découvert, nous reconnaissons que la lésion osseuse occupe le centre du calcanéum, qu'elle s'étend surtout vers les faces postérieure et supérieure de l'os et qu'il s'agit bien d'une ostéite avec production de fongosités. A l'aide de la gouge coupante, nous évidons l'os de façon à enlever tout le tissu malade. Cet évidement nous conduit jusqu'à l'articulation astragalo-calcanéenne dont nous sommes obligés de détruire une portion de la surface cartilagineuse. En arrière, nous trouvons de l'ostéite et des fongosités jusqu'à la face postérieure du calcanéum. Au centre et en avant les tissus sont heureusement sains. La ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades est nettement tranchée par la consistance et la coloration. Les premières sont fermes et rosées, les autres sont noirâtres et friables. — Drainage : trois points de suture. Pansement à l'eau oxygénée.

L'examen des portions d'os enlevées ne démontre nulle part l'existence de dépôts tuberculeux.

Après quelques heures de repos à l'hôpital, l'enfant est reporté chez lui, où il sera soigné par le médecin de sa famille.

Les suites furent des plus simples et nous apprîmes ultérieurement que la guérison s'était effectuée en deux mois et demi.

Obs. CCCLIII. — *Ostéite fongueuse avec produits caséeux, du premier métatarsien droit. Ablation de cet os et de l'orteil correspondant. Guérison.* — Réant (Alfred), trente-deux ans, tapissier, entre le 25 janvier 1882, n° 14, salle Sainte-Marthe. Mère morte tuberculeuse. Il a eu une pleurésie en 1874 et depuis hémoptysies, sueurs nocturnes. amaigrissement, toux et expectoration purulente. Psoriasis généralisé depuis quinze ans. En janvier 1881, contusion du gros orteil droit, et consécutivement tuméfaction et formation d'abcès qui restent fistuleux au niveau de la première phalange. En mai 1881, il entre à Beaujon où l'on résèque cette phalange. Cicatrisation assez rapide de la plaie chirurgicale. Le malade reprend ses travaux. En septembre de nouveaux abcès se forment, s'ouvrent spontanément et restent fistuleux. Gêne de la marche et de la station verticale. Le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La région du gros orteil droit et du premier métatarsien est déformée par une tuméfaction considérable qui lui donne un volume double du volume normal. Elle s'étend depuis l'extrémité de l'orteil jusqu'aux cunéiformes, et porte à la fois sur les faces dorsale, plantaire, et sur le bord interne. La peau, rouge, tendue, luisante, est le siège d'une desquamation épithéliale abondante, surtout au voisinage de la moitié antérieure du métatarsien. Il existe deux orifices fistuleux, l'un au niveau de l'interligne articulaire de l'articulation métatarso-phalangienne sur la face dorsale, l'autre au côté interne de la mêmejointure. Tous deux laissent suinter un pus séreux et ont des bords fongueux, décollés dans une étendue d'un demi-centimètre. Le stylet introduit par ces voies pénètre dans l'articulation qui est complètement désorganisée et envahie par les fongosités. Les trajets se portent ensuite en arrière et aboutissent à la partie antérieure du métatarsien qui est dénudée complètement, séparée de son périoste dans une grande étendue, ramollie, friable, se brisant sous l'instrument et envahie, de même, par le tissu fongueux. Au toucher, on reconnaît que le métatarsien est fracturé à sa partie moyenne, il existe à ce niveau des mouvements anormaux et de la crépitation. Toute la région est le siège de douleurs spontanées exaspérées par la pression, la marche et la station verticale. Rien dans les ganglions inguino-cruraux : signes de tuberculose au début du côté des deux sommets

11 *février.* — Anesthésie. — Ablation du premier métatarsien et de l'orteil correspondant par la méthode ovalaire. Nous faisons en-

suite le raclage des fongosités des parties molles et des trajets fistuleux. Drain; sutures. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

L'*examen microscopique* montre que les deux tiers antérieurs du métatarsien sont complètement désorganisés par une ostéite fongueuse. L'os est brisé en plusieurs fragments. Les trabécules osseuses sont raréfiées, friables, emprisonnées dans des fongosités qui renferment elles-mêmes plusieurs noyaux caséeux. Le tiers postérieur est atteint, au contraire, d'ostéite condensante.

12. — Bonne nuit, apyrexie, ablation des pinces.

13. — Çà et là menace de sphacèle des lèvres de la plaie : ablation des sutures sur ces points.

20. — Réunion de la plus grande partie de la plaie, élimination des eschares.

10 *mars*. — La suppuration est insignifiante. La guérison est complète à la fin du mois.

Obs. CCCLIV. — *Ostéite condensante du cinquième métatarsien gauche. Désorganisation de l'articulation métatarso-phalangienne. Ablation du métatarsien et de l'orteil. Guérison.* — Lorieux (Alexandrine), quarante-six ans, femme de ménage, entre le 28 octobre 1882, n° 42, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle.

Il y a dix-huit mois, tuméfaction de l'articulation métatarso-phalangienne gauche. Formation d'un abcès qui s'ouvre spontanément et demeure fistuleux. Depuis ce moment, la tuméfaction s'étendit à toute la région du métatarsien et la douleur empêcha la malade de marcher. La persistance des accidents, malgré le traitement médical, décide la malade à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — Le tiers externe de la région métatarsienne est déformé par une tuméfaction qui occupe les faces dorsales et plantaire aussi bien que le bord externe du pied. La peau est tendue, luisante, de coloration bistrée, comme cela s'observe dans les inflammations chroniques. A la face dorsale, elle offre, au niveau de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens, des ulcérations irrégulièrement circulaires de 1 à 2 centimètres de diamètre, à bords légèrement décollés, à surface rouge, granuleuse, saignante et dont le centre est occupé par des orifices fistuleux. Le stylet introduit dans l'orifice le plus interne pénètre dans un trajet superficiel qui reste sous-cutané et aboutit à un cul-de-sac, sans rencontrer les os. La seconde fistule au contraire s'enfonce profondément, et presque verticalement, jusqu'à la plante du pied. Le stylet ne rencontre, dans ce parcours, aucune portion d'os malade. Il semble que ce soit la face profonde du métatarsien qui a donné lieu à la production de pus.

L'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil est désorganisée ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le toucher et

par les mouvements imprimés aux phalanges. On reconnaît aussi que les surfaces articulaires des deux os (tête du métatarsien et extrémité postérieure de la phalange) sont détruites. L'articulation est remplie par un tissu mollasse, élastique, faussement fluctuant, qui est du tissu fongueux. Rien d'anormal du côté des autres orteils. Rien dans les ganglions inguinaux. Etat général satisfaisant. L'impuissance fonctionnelle engendrée par cet état conduit la malade à demander l'ablation des parties malades.

28 *octobre*. — Anesthésie. — Désarticulation métatarso-phalangienne par l'incision en raquette. L'articulation est, comme nous l'avons prévu, remplie de fongosités. La tête du métatarsien a été détruite par l'ostéite raréfiante. A l'aide du bistouri, nous faisons au niveau de la face dorsale du cinquième métatarsien, et parallèlement à l'axe de cet os, une incision antéro-postérieure, qui comprend toute l'épaisseur des parties molles, jusqu'à l'os. Tous ces tissus sont infiltrés, œdématiés, de plus le périoste est entouré de couches de fongosités épaisses qui empêchent de se rendre un compte exact de l'état du métatarsien. Afin de rendre cet os plus accessible, nous faisons partir du tiers antérieur de la plaie une incision verticale qui intéresse le bord externe du pied jusqu'à la face plantaire. Il nous est alors facile d'isoler la portion autérieure du métatarsien et de constater que sa tête est détruite par l'ostéite raréfiante. Nous la saisissons avec un fort davier, et pendant qu'un aide l'immobilise, nous essayons de la sectionner avec les fortes pinces de Liston que nous avons fait construire pour couper le maxillaire inférieur. Mais nous reconnaissons alors que le corps de l'os est atteint d'ostéite condensante et qu'il est tellement éburné, que cet instrument puissant n'a aucune prise sur lui. Une exploration plus attentive nous prouvant que l'ostéite condensante porte sur toute l'étendue de l'os, nous nous décidons à en faire l'ablation totale, y compris celle du périoste qui est atteint de dégénérescence fongueuse. Drain, six fils métalliques. Pansement de Lister.

La section de l'os en deux moitiés, suivant son grand axe montre qu'il est éburné et blanc comme de l'ivoire, dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur. Il n'y a plus trace du canal médullaire.

3 *novembre*. — Les points de suture sont enlevés. Les lèvres de la plaie sont tuméfiées et rouges. Le dos du pied est tendu et volumineux.

5. — Un abcès s'est formé sur la face dorsale du pied; on l'incise. Même pansement.

13. — Guérison presque complète. Exéat sur sa demande.

Obs. CCCLV. — *Carie du cubitus. Amélioration.* — Gaumard, vingt ans, employé d'agent de change, entre le 8 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 21. — Thorax déformé et cyphose anguleuse considé-

rable de la région dorsale par suite de l'affaissement d'un mal de Pott à l'âge de quatre mois.

En novembre 1880, douleurs pendant six jours au poignet droit, puis ouverture spontanée au bord interne de l'avant-bras; issue d'une quantité assez abondante de pus. L'ouverture s'est agrandie, puis est restée fistuleuse. Un mois après, nouvelles douleurs pendant deux ou trois jours, puis ouverture spontanée d'une collection purulente à la face dorsale de l'avant-bras. Après l'ouverture les douleurs cessent.

Etat actuel. — Le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras sont gonflés et percés d'orifices fistuleux; à la face dorsale existe un gonflement qui remonte à 8 centimètres de l'articulation du poignet et descend jusqu'à son niveau. Au milieu, on voit un orifice fistuleux par lequel la pression fait sourdre du pus. La peau adhère aux tissus sous-jacents qui sont durs et non douloureux à la pression. Au bord interne et à la face palmaire de l'avant-bras, le gonflement et l'empâtement remontent à la même hauteur au-dessus du poignet qu'à la face dorsale. Au niveau du bord antérieur du radius existent deux orifices fistuleux exulcérés. Sur le bord cubital de l'avant-bras, sur le trajet du cubitus il y a un empâtement dur qui remonte à 12 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde et indique le progrès des lésions jusqu'en un point élevé de cet os. L'articulation du poignet paraît saine, les mouvements en sont faciles et non douloureux. Les mouvements des doigts sont conservés, indolores, mais limités dans leur étendue. Rien à l'auscultation ni à la percussion de la poitrine.

14 *janvier.* — Sur le bord postérieur du cubitus s'est formée une collection liquide fluctuante entourée de tissus indurés. La peau ne menace pas encore de se perforer.

18. — La collection purulente est ouverte et le stylet introduit par cette voie arrive sur le cubitus ramolli, friable, atteint de carie.

14 *février.* — Le gonflement de l'avant-bras est considérablement diminué, il n'y a pas de tendance aux fusées purulentes, les fistules persistent.

15 *mars.* — L'état général ne s'altère pas, mais vu la faiblesse constitutionnelle du sujet, nous préférons différer toute intervention. Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. CCCLVI. — *Nécrose circonscrite du frontal, séquestre adhérent.* — Doucet (Léontine), dix-neuf ans, entre le 12 février 1881, salle Sainte-Marthe. — Scrofule dans l'enfance. Il y a huit mois, chute dans laquelle la partie antérieure du front a porté sur l'angle d'un meuble. De ce jour, la région contuse devient chaude, douloureuse et comme empâtée. Irradiation très pénible, particulièrement pendant la nuit. Applications locales de diverses pommades et de cataplasmes qui ne peuvent arrêter le travail inflammatoire. La maladie fait des

progrès et deux mois après l'accident la peau s'érode et laisse couler quelques gouttes d'un pus crémeux renfermant des parcelles osseuses. Au bout de deux mois, l'écoulement se tarit, et la lésion prend, nous dit la malade, l'aspect sous lequel nous l'observons aujourd'hui.

État actuel. — Située à droite de la ligne médiane, à une distance à peu près égale de cette ligne et de la bosse frontale, correspondant sur la même ligne horizontale que cette bosse, elle est constituée par un petit cratère noirâtre de 1 centimètre de diamètre. La peau vient se terminer sur ses bords en y adhérant très fortement. Le fond est constitué par le frontal, qui est rugueux et noirâtre. Nous cherchons à mobiliser le séquestre : mais nos tentatives demeurent impuissantes.

25 *février.* — Le séquestre n'est pas encore mobilisé. Exeat du malade sur sa demande.

Obs. CCCLVII. — *Nécrose phosphorée du maxillaire supérieur gauche. Résection de cet os. Récidive. Résection du maxillaire droit. Nécrose de l'ethmoïde et du sphénoïde. Méningite de la base. Mort. Autopsie.* — Schmitt (Laurent), quarante-trois ans, journalier, entre le 31 mars 1882, n° 19, salle Sainte-Marthe. — Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Forte constitution. Depuis six ans, il travaille dans une fabrique d'allumettes chimiques.

Il y a trois mois, il commença à éprouver de violentes odontalgies ayant leur siège dans les dents supérieures gauches ; en même temps, les gencives se tuméfièrent, devinrent rouges, saignantes, fongueuses, bientôt les dents s'ébranlèrent dans leurs alvéoles et du pus se fit jour au pourtour de leur collet. Les soins de propreté, l'usage des collutoires et des gargarismes n'ayant pu entraver ces désordres, le malade se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — La fosse canine et la moitié inférieure du sillon naso-jugal gauches sont comblés par une tuméfaction œdémateuse, sans vascularisation anormale et sans changement de coloration de la peau.

Les gencives supérieures gauches sont violacées, boursouflées, saignantes, d'aspect scorbutique, depuis la ligne médiane jusqu'à la tubérosité maxillaire. Les dents déchaussées, ébranlées, mobiles dans les alvéoles, offrent une teinte bleuâtre qui décèle la mort de la pulpe ; en outre, la dernière grosse molaire, la première petite molaire et la canine latérale sont atteintes de carie au troisième degré. Du pus suintant continuellement dans les interstices des dents. Un stylet introduit par le bord libre des gencives montre que le maxillaire supérieur gauche est à nu dans une grande étendue. Par place, les alvéoles sont en voie de révulsion, ailleurs il existe au contraire des dépôts sous-périostiques de nouvelle formation. Le corps du maxillaire séparé du périoste est nécrosé, mais il n'existe pas de séquestre mobile. Ptyalisme purulent et sanguinolent continuel.

Odeur fétide de l'haleine. Gêne de la mastication qui empêche le malade de s'alimenter. L'état général est peu satisfaisant. Amaigrissement, teinte terreuse du visage. Viscères thoraciques et abdominaux sains.

15 *avril*. — Anesthésie. Résection du maxillaire supérieur suivant notre procédé. Suture avec six fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

16. — T. M. 38° 2. — S. 38° 6. — P. 98. Pas d'hémorrhagie. On enlève les éponges compressives. Injections d'eau alcoolisée. — Alimentation liquide à l'aide d'un tube en caoutchouc.

17. — T. M. 36° 8. S. 37° 2. — P. 84. — Pas de douleurs. État local et général satisfaisants. — A partir du 18 avril température et pouls physiologiques. On enlève les fils les cinquième et sixième jours et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée.

Réunion par première intention. Suppuration modérée par la bouche. On continue les injections alcoolisées et l'alimentation liquide.

25. — La suppuration diminue de jour en jour; les os se recouvrent de bourgeons charnus.

5 *mai*. — Suppuration tarie, le malade quitte le service.

10 *juin*. — Il rentre à l'hôpital ; les lésions de la nécrose phosphorée ont envahi la mâchoire supérieure droite. Les gencives sont tuméfiées, rouges, fongueuses, saignantes, mais encore adhérentes dans une grande étendue, les dents présentent la teinte bleue caractéristique de la mort de la pulpe, mais elles sont solidement implantées dans leurs alvéoles. Le périoste de la voûte palatine et celui qui recouvre les parois du sinus est enflammé, rouge, violacé et en partie décollé.

En explorant avec le doigt on reconnaît que ce qui reste des parois osseuses des fosses nasales et ce qui est accessible des parois osseuses de l'orbite du côté droit sont envahies. Céphalalgie droite continue. Suppuration abondante. Le malade crache du pus toute la journée. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général mauvais. Anémie. Emaciation, teinte terreuse de la peau.

24. — Anesthésie. Position habituelle du malade : décubitus dorsal, tête soulevée par des alèzes. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur la lèvre supérieure, sur les ailes du nez et sur la cloison. Ablation du maxillaire supérieur d'après le même procédé. Le mal s'étend beaucoup plus loin du côté de la base du crâne, il a envahi la masse latérale de l'ethmoïde, la portion orbitaire du sphénoïde et la face inférieure du frontal; il existe particulièrement un foyer nécrosique au niveau du trou optique. Nous enlevons, par voie de morcellement, avec précaution et aussi largement que possible, les parties malades, malheureusement nous ne pouvons aller aussi loin que nous le voudrions de ce côté à cause du voisinage du cer-

veau. Sutures à l'aide de 8 fils métalliques. Pansement à l'eau oxygénée et ouaté compressif.

Réunion par première intention. On enlève les fils les cinquième et sixième jours.

Pendant les premiers jours, suppuration buccale très abondante : au bout d'une semaine elle diminue. Lavages fréquents avec l'eau oxygénée. État local et général excellents.

Vers les premiers jours de juillet, c'est-à-dire une quinzaine de jours après la seconde opération, une céphalalgie tenace et intense se produisit; du pus s'écoula par les narines et les crachats redevinrent purulents plus que jamais.

11 *juillet.* — Coma : mort à une heure de l'après-midi sans autres accidents nerveux.

A l'autopsie, on peut constater que l'ethmoïde et le sphénoïde sont absolument nécrosés. La selle turcique s'enlève en une seule pièce ; elle est transformée en un séquestre, et baigne dans un pus exhalant une odeur infecte. La nécrose s'étend jusqu'au trou rachidien. Le périoste jusqu'à ce niveau se détache avec la plus grande facilité.

La dure-mère qui recouvre l'ethmoïde et le sphénoïde se détache aussi très facilement, elle est épaissie et congestionnée. Sa face supérieure est recouverte d'une légère couche d'un pus assez concret. La pie-mère est très congestionnée. Pas de pus, soit à la surface, soit dans l'intérieur du cerveau, dont la substance est absolument intacte. Congestion des deux poumons à leur base. Reins et foie gras.

Obs. CCCLVIII. — *Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur. Ablation de la moitié droite nécrosée. Récidive. Seconde opération. Guérison.* — Martin (Henriette), vingt ans, ouvrière, entre le 7 novembre 1881, n° 43, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Depuis huit ans, elle travaille dans une fabrique d'allumettes chimiques, à la mise en boîte. Depuis cette époque, odontalgies violentes dans la moitié droite du maxillaire inférieur. La malade se fait arracher des molaires, dont une était atteinte de carie. Les douleurs diminuent, mais les gencives deviennent fongueuses et saignantes, une suppuration abondante s'établit par les alvéoles, la joue devient le siège d'une tuméfaction considérable.

État actuel. — La moitié inférieure de la joue droite est déformée par une tuméfaction qui s'étend de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire et qui empiète inférieurement dans la région sous-maxillaire. La peau est lisse, unie, tendue, rouge et parcourue par des vénosités bleuâtres. Elle ne présente ni bosselures apparentes ni ulcérations. Au toucher, consistance dure, uniformément osseuse. Quand la malade ouvre la bouche, on voit que les grosses molaires inférieures droites ont disparu, les petites molaires, la canine et

l'incisive latérale existent et paraissent normales, mais sont ébranlées dans leurs alvéoles. Les gencives sont rouges, fongueuses, ramollies, saignantes, du pus s'écoule par les alvéoles vides. De côté, la tuméfaction s'étend à la partie correspondante du plancher de la bouche et à la branche montante du maxillaire. Le stylet introduit dans les alvéoles rencontre un os dénudé sonore, nécrosé dans une grande étendue. Ce séquestre volumineux est immobile, il est enveloppé dans une coque osseuse de nouvelle formation très épaisse. Rien du côté du maxillaire supérieur. Il existe un certain degré de constriction des mâchoires. Gêne de la mastication et de la déglutition. Douleurs sourdes, continues, supportables. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

26 *novembre*. — Anesthésie. A l'aide du bistouri nous faisons, à un centimètre au-dessous du bord inférieur du maxillaire, une incision elliptique à concavité supérieure et nous détachons les parties molles de la joue, de façon à mettre à nu le corps de l'os. Ceci fait, nous détachons, avec la rugine, le périoste afin de le conserver; puis avec la scie circulaire du polytritome, nous isolons une rondelle du tissu osseux que nous faisons sauter avec la gouge et le maillet. Nous constatons alors que le séquestre est formé par toute l'épaisseur de l'os ancien dans lequel les dents sont encore implantées. L'os nouveau forme une gouttière, ouverte du côté des gencives, et dans laquelle est reçue la portion nécrosée. A l'aide d'un trait de scie nous sectionnons dans toute sa hauteur la partie adhérente du séquestre à 1 centimètre, à droite de la symphyse, puis, à l'aide d'un fort davier, nous le mobilisons. Cette manœuvre nous révèle que la nécrose porte non seulement sur la moitié droite du corps de l'os, mais aussi sur sa branche montante. Ne pouvant enlever par la voie que nous avons ouverte un fragment aussi volumineux, nous le sectionnons en deux au niveau de l'angle de la mâchoire et nous enlevons d'abord la portion horizontale. Saisissant alors la portion verticale avec le davier, nous l'attirons au dehors; elle comprend la branche montante avec le condyle et l'apophyse coronoïde qui ont subi une nécrose foudroyante. Ces parties ont en effet conservé leur forme et leur couleur, mais sont complètement séparées du périoste. Drain au fond de la gouttière osseuse : 13 points de suture métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif. Alimentation liquide.

Pas de réaction fébrile. Réunion par première intention.

Elle sort en apparence guérie vers la fin de janvier 1882, mais vient nous voir de temps en temps. Au commencement de février 1882, nous constatons que le processus morbide a envahi la portion restante de la symphyse et le bord alvéolaire qui répond aux incisives centrale et latérale droites. Ces deux dents sont ébranlées; et si l'on introduit le stylet dans leur intervalle, on reconnaît qu'elles sont

mobiles avec un séquestre alvéolaire dans lequel elles s'implantent. Suppuration abondante et fétide des gencives à ce niveau. La fibro-muqueuse est rouge, congestionnée, ramollie, fongueuse, saignante jusqu'à la première petite molaire droite.

11 *février*. — Anesthésie. A l'aide du bistouri, nous faisons parallèlement au bord inférieur de la symphyse et à 1 centimètre en arrière une incision en fer à cheval dont chaque branche offre une longueur de 6 centimètres. La branche gauche de l'incision passe par la cicatrice de la première opération. Nous appliquons des pinces hémostatiques sur les vaisseaux à mesure que nous les sectionnons. Ceci fait, nous faisons fortement rétracter en haut la lèvre supérieure de l'incision et nous détachons avec le bistouri les parties molles qui recouvrent le maxillaire au niveau de la symphyse et des parties voisines. Nous ruginons le périoste afin de le conserver. Nous pouvons alors constater que du côté gauche sur lequel a porté la première opération de l'os de nouvelle formation s'est développé aux dépens du périoste que nous avions conservé et que ce tissu nouveau offre lui-même plusieurs petits foyers nécrosiques. La symphyse est complètement nécrosée ainsi que la portion adjacente du corps de l'os jusqu'à l'alvéole de la première petite molaire, mais ces parties mortes adhèrent encore à la partie saine de l'os. Au contraire, du côté du bord alvéolaire existent deux séquestres noirâtres, mobiles, dont l'un supporte les incisives. Avec la scie circulaire du polytritome nous sectionnons la portion nécrosée en faisant passer le trait de scie à 1 centimètre et demi au delà des limites du mal. Nous luxons cette portion avec un fort davier et nous la séparons des parties molles du plancher de la bouche. Nous enlevons ensuite les séquestres mobiles par la voie buccale. Drain et suture avec 6 fils métalliques.

La réunion superficielle s'est faite par première intention; la suppuration a été très peu abondante et le 22 mars la malade sort.

Il n'y a pas eu de fièvre excepté le 17 où le thermomètre a atteint 38°.

Obs. CCCLIX. — *Nécrose centrale de l'humérus droit consécutive à une ostéo-myélite aiguë suppurée. Nombreux séquestres parcellaires. Fongosités dans l'articulation scapulo-humérale. Evidement de l'os et drainage.* — Carragnon (Louise), six ans, sans profession, est présentée à la clinique du 7 mai 1881, par le Dr Leroy. En décembre 1880, ostéite aiguë suppurée de l'humérus droit. Douleurs térébrantes, état typhoïde. Le Dr Leroy fit à l'union des faisceaux externe et moyen du deltoïde une incision verticale, étendue de la tête humérale au V deltoïdien. Écoulement d'une grande quantité de pus. Soulagement. L'incision se cicatrisa peu à peu, mais laissa une fistule en activité. Une série d'abcès se formèrent ultérieurement au voisinage du premier, puis au niveau de l'épiphyse inférieure, s'ouvrirent et demeurèrent fistuleux.

La persistance de la suppuration épuisant la malade, son médecin se décide à la conduire à l'hôpital.

Etat actuel. — Le bras droit est déformé par une tuméfaction irrégulière et par des fistules. D'une façon générale ce segment du membre présente la forme d'un sablier étranglé à la partie moyenne et renflé au niveau de ses deux moitiés supérieure et inférieure. Il existe cinq orifices fistuleux, dont chacun occupe le centre d'une dépression concave en verre de montre et est en partie masqué par de gros bourgeons charnus mollasses et saignants. A la partie supérieure, l'un de ces orifices occupe la partie moyenne de la cicatrice résultant de la première opération, c'est-à-dire au côté externe de l'épiphyse; un autre, situé à 1 centimètre au-dessous et en avant du premier, est sous-jacent à la grosse tubérosité de l'humérus. A la partie inférieure, les fistules, au nombre de trois, sont groupées au voisinage de l'épicondyle, l'une est située directement à 1 centimètre au-dessus de cette apophyse; les deux autres plus antérieures de 2 centimètres s'ouvrent au centre d'un même groupe de bourgeons charnus à 2 millimètres l'une de l'autre. Toutes sont en activité. L'exploration avec le stylet démontre que la fistule supérieure et externe se dirige en haut et en dedans et conduit dans l'articulation scapulo-humérale qui est pleine de bourgeons charnus; que la fistule supérieure et antérieure répond à un abcès des parties molles avec décollement de la peau dans une étendue de 3 centimètres; que les fistules inférieures conduisent toutes sur l'humérus dénudé et donnent un son clair à la percussion métallique. Il n'existe pas de séquestre superficiel. Au toucher on sent que l'os est considérablement hypertrophié au-dessus et au-dessous de l'étranglement et que cette hypertrophie osseuse constitue la majeure partie de la tuméfaction qui déforme le bras. Douleurs sourdes, contuses, exacerbantes, exagérées par la pression et les mouvements communiqués. La mobilité de l'articulation scapulo-humérale est abolie. Il n'existe pas de lésions viscérales, mais malgré l'institution d'un traitement interne reconstituant, la petite malade s'affaiblit tous les jours à cause de la suppuration prolongée dont elle est atteinte.

7 *mai.* — Anesthésie. A l'aide du bistouri nous faisons à la partie supérieure du membre, à l'union des faces externe et antérieure, une incision longue de 6 centimètres, qui passe par le centre de la fistule articulaire. L'exploration avec le doigt démontre qu'il existe à ce niveau des couches osseuses de nouvelle formation d'une épaisseur considérable. A l'aide d'une rugine coupante, nous décollons le périoste afin de le ménager et de le faire rétracter par des aides. Nous reconnaissons alors qu'il existe deux fistules osseuses séparées par un petit pont de substance que nous détruisons avec un perforateur. Ce pont osseux offre une certaine épaisseur et se continue pro-

fondément avec des couches osseuses irrégulières. Lorsqu'il est détruit, nous tombons dans une grande cavité ampullaire remplie de bourgeons charnus et de séquestres que nous enlevons successivement. Les séquestres siègent plus particulièrement dans l'épaisseur de l'épiphyse supérieure, quelques-uns même se sont fait jour dans l'articulation scapulo-humérale, ils sont difficiles à ébranler. Fait remarquable, la plupart se présentent sous forme de lamelles de tissu compact qui ont manifestement appartenu à la diaphyse de l'os ancien. Les séquestres du tissu spongieux sont moins nombreux et moins volumineux. Après avoir vidé avec soin cette cavité et ruginé ses parois, nous reconnaissons au centre de l'os, un trajet allant vers la partie inférieure. Nous faisons alors au niveau de la cloison intermusculaire externe une seconde incision qui passe par le centre d'une fistule inférieure. Nous tombons sur un trajet osseux que nous agrandissons avec la petite fraise du polytritome et après avoir traversé, comme à la partie supérieure, une couche épaisse de tissu osseux de nouvelle formation, nous tombons dans une cavité ampullaire comparable à la première et communiquant avec elle, par le centre de la diaphyse, qui est occupé par des séquestres : grattage. Ceci fait, nous établissons une communication suffisamment large, au centre de la diaphyse, entre les deux cavités, pour faire passer un tube à drainage. — Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

Le poids total des parties enlevées, bourgeons charnus et séquestres, s'élève à 50 grammes. Il existe en tout huit séquestres dont cinq lamellaires de tissu compact et trois irrégulièrement cuboïdes de tissu spongieux.

Après quelques heures de repos à l'hôpital, la petite malade est remportée chez elle, où elle sera soignée par son médecin. Trois mois plus tard, nous apprîmes sa complète guérison.

Obs. CCCLX. — *Nécrose de l'humérus. Refus de l'opération.* — Jourdain (Pierre), trente-neuf ans, cultivateur, entre le 2 juillet 1882, salle Saint-Augustin, n° 81. N'a jamais eu de maladies.

Il y a cinq ans, coup de timon de charrette dans le bras. Pendant huit jours, douleur au point contus, engourdissement de l'avant-bras et de toute la main. Il y a dix-huit mois, abcès à la partie moyenne et externe du bras. Sous l'influence de cataplasmes, l'abcès s'ouvrit au bout de vingt jours, et resta fistuleux. Cinq semaines après il reprenait son travail. Il y a dix mois, nouvel abcès également traité par les cataplasmes et resté fistuleux. Depuis trois mois, douleur dans le bras, impossibilité de travailler. Perte d'appétit. Le malade a beaucoup maigri.

État actuel. — Atrophie du bras. Sur le bord interne du muscle deltoïde, à 3 centimètres et demi de son attache inférieure, orifice fistuleux. A 2 centimètres au-dessus et un peu en dedans, second

trajet fistuleux, dont la lumière est obstruée par un bourgeon charnu. Avec le stylet, on arrive sur l'os et l'on constate l'existence de séquestres mobiles. Le malade dit qu'il n'est jamais sorti de fragments d'os par les fistules.

Nous nous proposions de faire l'ablation de ces séquestres et de nous bien rendre compte de l'état de l'os, mais le malade refuse de se soumettre à l'opération. Exéat le 12 juillet.

Obs. CCCLXI. — *Nécrose des phalanges consécutive à un panaris ancien.* — Becquart (Philippe), soixante et un ans, journalier, entre le 17 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 23. Piqûre d'épine au médius droit, il y a trois mois et demi. Le doigt est devenu gonflé et douloureux. Ouverture spontanée. Huit jours après il va trouver un médecin qui constate la dénudation et la nécrose des deux dernières phalanges. Pansements à l'alcool et bains pendant deux mois.

État actuel. — Gonflement énorme de toute la main et de l'avant-bras, les tissus sont indurés et évidemment atteints de ce qu'on a appelé le phlegmon chronique. L'exploration par les trajets fistuleux formés à la face dorsale fait reconnaître la nécrose des deux dernières phalanges.

28 *janvier.* — Pulvérisation d'éther sur le doigt malade. Incision dorsale médiane dans la troisième phalange à la partie moyenne de la première. Extraction de la troisième et de la deuxième phalange nécrosée. La première phalange est malade, elle est dénudée; on la sectionne à la partie moyenne avec une pince. Lavage de la plaie avec la solution phéniquée au vingtième.

29. — Le gonflement de la main et de l'avant-bras est déjà un peu diminué.

31. — La plaie bourgeonne; sa partie supérieure s'est réunie par première intention.

5 *février.* — La main et l'avant-bras ont repris à peu près leur volume normal : le gonflement qui existait à l'entrée est presque disparu. Le doigt malade lui-même a considérablement diminué de volume. La plaie va très bien, mais à sa partie supérieure il paraît rester un petit trajet fistuleux qui doit venir de la première phalange encore malade. Le malade sort sur sa demande en cet état, très amélioré, mais non complètement guéri.

Obs. CCCLXII. — *Nécrose des deux dernières phalanges de l'index. Ablation. Guérison.* — Métayer (Paul), quarante ans, tourneur, entre le 20 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. Il y a deux mois, piqûre de clou, panaris qu'il a fait soigner par un pharmacien. Continuant à souffrir beaucoup et n'obtenant pas de guérison, il entre dans le service.

Etat actuel. — L'indicateur est tuméfié ; peau rouge par place, d'un blanc mat dans d'autres, luisante et amincie. Sur le côté interne de

la deuxième phalange, trajet fistuleux par lequel s'écoule du pus.

Au toucher, ramollissement des tissus, empâtement et fluctuation. Mouvements de la première phalange avec la seconde abolis. En introduisant un stylet dans le trajet fistuleux, on arrive sur l'os qui est dénudé et nécrosé dans presque toute son étendue.

22 *juin.* — Anesthésie. Amputation au niveau de la partie moyenne de la première phalange; l'amputation plus bas étant impossible à cause du mauvais état des parties molles. On réunit les bords de la plaie, au moyen de quatre points de suture métallique. Pansement phéniqué; ouate et compression. Le bras est maintenu immobile dans une écharpe. Rien à noter de particulier, la guérison se fait rapidement.

19 *juillet.* — Exéat.

Obs. CCCLXIII. — *Nécrose de la phalangette et ostéite de la phalange du pouce de la main droite. Ponction des parties malades. Guérison.* — Mme Gérard, quarante-huit ans, entre le 3 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis*. Panaris du pouce de la main droite en octobre dernier. Au mois de janvier, nous la voyons à la consultation. La phalangette est complètement nécrosée. Il y a sur tout le trajet de la phalange une inflammation chronique assez inquiétante. La région est rouge, tuméfiée, très douloureuse. La pression en est extrêmement pénible et l'extirpation de cette phalange est indiquée.

Mais le désir de conserver au moins un moignon du pouce nous fait encore hésiter, d'autant plus que cette inflammation semble plus spécialement localisée à la partie inférieure et qu'en supprimant cette partie on pouvait peut-être conserver l'autre extrémité.

3 *février.* — Amputation de la première phalange. L'opération est pratiquée à la partie moyenne de l'os suivant les méthodes ordinaires. Lambeau palmaire recouvrant l'os et fixé au bord postérieur de la plaie avec quelques points de suture.

4 *février.* — Douleur considérable de la région, et nous assistons au développement d'une inflammation de la gaine externe de la main. — Cataplasmes. Bains de main émollients. — Malgré cette précaution l'inflammation fait des progrès. La partie de la phalange qui reste est mise à nu. Enfin, le tendon s'exfolie et la région devient le siège d'une suppuration interminable.

26. — Nous enlevons la partie restante de la phalange et nous réséquons l'extrémité inférieure du métacarpien correspondant. Suture. Pansement phéniqué.

1er *mars.* — Il n'y a pas de réunion. Les points de suture sont enlevés. Cependant l'inflammation est très circonscrite et la malade ne souffre plus autant. — Pansement phéniqué.

10. — La malade va bien; on cautérise les bords de la plaie.

La malade, guérie, est envoyée le 25 mars au Vésinet.

Obs. CCCLXIV. — *Nécrose centrale du fémur consécutive à une ostéomyélite. Séquestres du tissu spongieux, emprisonnés dans les fongosités. Evidement de l'os, extraction des séquestres. Drainage de l'os. Guérison.* — Laurent (Antoine), trente-neuf ans, journalier, entre le 14 novembre 1881, n° 4, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Dans l'enfance, un abcès se forma au-dessus du condyle interne du fémur droit, s'ouvrit et demeura fistuleux. Le malade ne peut nous donner de renseignements sur les phénomènes qui accompagnèrent le développement de cet abcès. La fistule finit par se tarir et se fermer en laissant une cicatrice déprimée. Il y a six ans, à la suite de grandes fatigues, un second abcès se forma au côté externe de la cuisse, s'ouvrit et demeura fistuleux. Après avoir donné lieu à un écoulement de pus séreux, elle finit par se tarir. Il y a un an, elle s'est ouverte de nouveau et ne s'est pas fermée depuis. Le malade continuait ses travaux, lorsqu'il y a trois semaines, la cuisse droite est devenue le siège de douleurs assez vives pour l'obliger à se mettre au lit. Ces derniers accidents le déterminent à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Immédiatement au-dessus du fémur existe une tumeur du volume d'un œuf de poule ; la peau est rouge, lisse, unie, tendue, sa température est plus élevée que celle du côté opposé. Au toucher : empâtement, œdème, fluctuation profonde. La fistule externe qui vient s'ouvrir au centre de la tumeur est actuellement fermée. Au côté interne, à 2 centimètres au-dessus du condyle existe une cicatrice déprimée qui répond à une autre fistule tarie. La moitié inférieure du fémur a subi une augmentation de volume très appréciable. Rien dans les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale. — Repos au lit. Cataplasmes.

6 *décembre.* — La fistule externe s'est rouverte et a donné issue à une grande quantité de liquide séreux louche. La tumeur, qui s'est vidée, est actuellement affaissée.

10. — Anesthésie. Après avoir reconnu par le toucher la cloison intermusculaire externe, nous traçons avec le crayon dermographique une ligne qui représente la direction de cette cloison et qui passe à 2 centimètres en avant de la fistule. Ceci fait nous explorons la fistule avec le stylet. Le trajet n'est pas direct, mais se porte obliquement en haut et en arrière vers un point qui répondrait à l'union du quart inférieur de la cuisse avec les trois quarts supérieurs. Il aboutit à un os dénudé, dur, résistant. L'instrument ne rencontre pas de séquestre mobile. Avec le bistouri nous faisons au niveau de la cloison intermusculaire une incision longue de 10 centimètres du côté de la peau ; nous avons soin de conduire l'instrument tranchant de façon à dédoubler cette cloison afin d'arriver jusqu'à ses insertions périostiques sans ouvrir les loges musculaires. Au voisinage de l'os nous section-

nons des artères perforantes qui donneraient beaucoup de sang si nous ne les saisissions avec des pinces. Pendant que des aides rétractent fortement les lèvres de la plaie, nous incisons le périoste et nous le décollons avec la rugine afin de le conserver; nous voyons alors s'écouler une certaine quantité de sérosité à peine purulente, claire, analogue à celle qui s'écoule par la fistule externe. En explorant avec l'index nous reconnaissons que nous sommes tombé dans une collection sous-périostique qui occupe la partie postéro-externe du fémur. L'os, recouvert d'épaisses couches de nouvelle formation, ne présente en ce point ni altération superficielle ni cloaque. Mais en remontant plus haut et plus en arrière, nous trouvons l'orifice d'un trajet intra-osseux qui communique avec l'abcès sous-périostique et par l'intermédiaire de ce dernier avec la fistule cutanée. Une sonde cannelée introduite dans cette fistule vient en effet aboutir dans la cavité de l'abcès. Afin de nous faire du jour, nous agrandissons notre incision, nous réunissons la fistule à la plaie et nous faisons rétracter le périoste par les aides. Lorsque le cloaque est accessible, nous introduisons un stylet qui pénètre dans le canal médullaire où il rencontre de nombreux petits séquestres. Nous faisons alors au pourtour de ce cloaque une série de trépanations avec la fraise du polytritome; puis avec une scie circulaire montée sur le même instrument, nous faisons sauter les points intermédiaires. La lame compacte, très dure et considérablement épaissie, mesure 3 centimètres et demi de la surface de l'os à la paroi du canal médullaire. Ce canal mis à découvert est rempli de bourgeons charnus, emprisonnant les séquestres dont le volume varie de celui d'un grain de blé à celui d'une lentille. Nous en extrayons le plus grand nombre possible avec une rugine coupante et des pinces hémostatiques, mais comme le mal s'étend fort loin, nous sommes obligé de faire sauter avec la gouge et le maillet une nouvelle lamelle de tissu compact. Pour extraire tous les séquestres et toutes les fongosités, nous sommes conduit à creuser une gouttière longue de 6 centimètres et large de 3. Nous recherchons avec soin s'il existe un cloaque s'ouvrant du côté interne et nous n'en trouvons pas. Afin d'assurer l'écoulement des liquides nous faisons le drainage de l'os : pour cela, après avoir fait au côté interne une incision passant par l'ancienne fistule, nous trépanons l'os de ce côté avec la fraise du polytritome et, passant par cette voie un stylet aiguillé qui sort par la plaie externe, nous passons dans le chas du stylet un tube à drainage qui traversera le membre de part en part et dont les deux bouts seront réunis en dehors à l'aide d'un fil. L'opération terminée, nous suturons les lèvres des incisions avec dix fils métalliques de chaque côté. Pansement phéniqué et ouaté compressif. Vomissements dus au chloroforme pendant deux jours.

11. — T. M. = 38°. S. = 39°2.

12. — T. M. = 38°6. S. = 39°.

Les jours suivants la température oscille entre 37° et 36°. Suppuration abondante. — Lavages quotidiens.

Les cinquième et sixième jours on enlève les fils ; réunion par première intention, sauf au niveau du drain.

29. — Cicatrisation en bonne voie.

1er *janvier* 1882. — La suppuration se modère, mais les lavages entraînent encore du pus. T. = 37°6.

8. — Dépression de la plaie en gouttière. Il n'existe plus de plaie qu'au niveau des orifices d'entrée et de sortie du drain.

15. — Le malade se lève ; on enlève le drain.

18. — Chute sur le côté malade.

19. — Petit abcès superficiel, au-dessous de la plaie, à la face interne du membre.

20. — Incision. Écoulement du pus. Pansement phéniqué.

13 *février*. — Cicatrisation avancée, mais érythème douloureux au pourtour de la plaie, dû au pansement phéniqué.

17. — Guérison complète. Sortie.

Obs. CCLXV. — *Nécrose du tissu spongieux et abcès chronique de l'extrémité supérieure du tibia consécutif à une ostéite juxta-épiphysaire. Trépanation du canal médullaire. Évidement de l'os. Ablation des séquestres. Guérison.* — Berthier (F.), cinquante et un ans, employé, entre le 15 janvier 1881, n° 7, salle Sainte-Marthe. Forte constitution, pas d'hérédité, ni scrofule, ni syphilis, ni tuberculose. A l'âge de onze ans (il y a quarante ans), il eut une ostéite aiguë juxta-épiphysaire du tibia gauche avec formation d'abcès et de séquestre. L'ablation des parties nécrosées fut suivie d'une guérison temporaire. Mais en 1864 (il y a seize ans) un abcès se forma au même point, s'ouvrit spontanément et se ferma de même. En 1875, nouvel abcès qui demeura fistuleux pendant six mois et finit par se fermer. En 1876 et en 1877, de nouveaux abcès évoluèrent encore. Depuis cette époque le tibia est resté tuméfié et fistuleux. Depuis quelque temps la tuméfaction a augmenté, le membre est devenu tellement douloureux que le malade ne peut marcher.

État actuel. — Immédiatement au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, tuméfaction convexe en verre de montre, donnant à l'os un aspect fusiforme, dans une étendue de 5 centimètres de diamètre. La peau lisse, unie, tendue, luisante, est d'un rouge vif, l'épiderme est aminci et offre l'aspect d'une pellicule cicatricielle. Petites vénosités bleuâtres sous-cutanées au pourtour de la région tuméfiée. Le centre de la tuméfaction est le siège d'une fistule circulaire de un demi-centimètre de diamètre, à bords lisses, indurés, adhérents. Au toucher, dans toute l'étendue de la tuméfaction, consistance lardacée des tissus atteints d'inflammation chronique, le

périoste tibial est notablement hypertrophié, l'os lui-même est épaissi et paraît surchargé de lamelles osseuses de nouvelle formation. L'exploration à l'aide du stylet et de la sonde cannelée montre que la fistule s'étend jusqu'au centre de l'os qui est ramolli, friable. L'articulation du genou est saine. État général très satisfaisant. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains.

29 *janvier*. — Anesthésie. Incision cruciale. Nous détachons ensuite le périoste avec la rugine afin de mettre l'os à nu sur une étendue d'un demi-centimètre, sur tout le pourtour de la fistule. Cet orifice se présente avec des caractères spéciaux, il n'a que 2 millimètres de diamètre. Ses bords irréguliers sont taillés à pic. Autour de lui la surface de l'os est épaissie, en apparence dilatée, mais en réalité constituée par des lames osseuses de nouvelle formation, épaisses, formant un relief dont le centre répond à la fistule et dont les bords se perdent insensiblement sous le périoste resté adhérent. La longue durée de l'affection porte à croire que ce sont des couches éburnées. Pour les enlever et mettre à nu le foyer de l'abcès, nous nous servons des fraises du polytritome à l'aide desquelles nous faisons autour de la fistule une série de trépanations qui pénètrent jusqu'au canal médullaire. Avec la gouge et le maillet il nous est alors facile de faire sauter la lamelle osseuse ainsi circonscrite. De la sorte, nous arrivons sur une cavité tapissée par une membrane grisâtre, légèrement transparente, d'aspect fibroïde, finement vascularisée. Le foyer contient du pus visqueux et jaunâtre. La face externe de la membrane pyogénique est adhérente au tissu spongieux, aux mailles duquel elle est reliée par du tissu d'aspect celluleux, peu vasculaire. Au-dessous de cette membrane et formant la paroi de l'abcès, le tissu osseux est ramolli, friable, atteint d'ostéite raréfiante. Nous enlevons la membrane pyogénique et les couches osseuses sous-jacentes à l'aide de gouges appropriées. Chemin faisant, nous trouvons deux petits séquestres du tissu spongieux du volume de petits pois que nous extrayons. Nous poursuivons ainsi l'abcès intra-osseux, afin de dépasser ses limites et de ne laisser que des parties saines et nous constatons que cet abcès s'étend du côté de la diaphyse et du côté de l'épiphyse, mais beaucoup plus loin dans cette dernière direction. L'opération terminée, nous plaçons au fond de la plaie un tube à drainage qui facilitera l'écoulement du pus et les lavages. — Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. Suppuration modérée. La plaie se comble progressivement du fond à la surface, par des bourgeons charnus. Guérison complète en deux mois et demi.

Obs. CCCLXVI. — *Nécrose parcellaire consécutive à une ostéite superficielle, interstitielle et centrale du tibia gauche. Foyer intra-médullaire rempli de bourgeons charnus, de séquestres et de pus. Trépanation de l'os.*

Ablation des parties malades. Large évidement de la cavité centrale. Arthrite du genou. Ignipuncture. Guérison avec ankylose fibreuse du genou. — Ligarde (Renaud), trente-trois ans, coiffeur, entre le 21 janvier 1882, n° 28, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Rhumatisant. Fièvre jaune à la Havane en 1875. Il y a deux mois et demi, sans causes connues, un abcès se forme au niveau du cinquième supérieur de la face antéro-interne du tibia gauche, s'ouvrit spontanément et demeura fistuleux. Depuis ce moment une série d'abcès se sont formés au voisinage du premier et ont évolué de la même façon. Les troubles fonctionnels qui résultent de ces accidents persistants décident le malade à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Les deux tiers supérieurs de la face antéro-interne du tibia gauche sont déformés par une tuméfaction inflammatoire considérable. La peau est lisse, unie, tendue, rouge, œdémateuse et criblée de fistules. On compte sept orifices fistuleux échelonnés dans cette région sur une même ligne verticale à 1 centimètre et demi les uns des autres. Les uns sont en partie obstrués par de gros bourgeons charnus rouges, mollasses, saignants; les autres sont au contraire excavés et occupent le centre d'ulcérations granuleuses. Tous sont en activité. L'exploration des trajets avec le stylet démontre que l'os est dénudé dans une grande partie de son étendue. Le périoste est décollé, ramolli et hypertrophié. La fistule la plus élevée, qui siège immédiatement au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, conduit au centre de l'os dans un clapier rempli de pus et de petits séquestres. Rien dans les articulations sus et sous-jacentes. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

11 *février.* — Anesthésie. A l'aide du bistouri nous réunissons les fistules par une longue incision verticale. Nous faisons ensuite passer par le centre de la fistule supérieure une incision transversale de 4 centimètres. Nous faisons rétracter par des aides les lèvres de l'incision cruciale ainsi obtenue, et après avoir ruginé le périoste afin de le conserver, nous appliquons au pourtour de la fistule osseuse une couronne de trépanation avec la fraise du polytritome. Nous faisons ensuite sauter les points osseux intermédiaires avec la scie circulaire du même instrument et nous mettons à nu le canal médullaire qui renferme à ce niveau un foyer d'ostéo-myélite centrale du volume d'un petit œuf de poule, rempli de pus et de gros bourgeons charnus emprisonnant des séquestres du tissu spongieux. Nous vidons complètement ce clapier avec la curette coupante et nous en évidons largement les parois qui sont atteintes d'ostéite condensante avec la gouge et le maillet. Au voisinage le tissu compact superficiel et interstitiel est éburné, mais il n'existe ni séquestres mobiles ni fongosités. — Drain : pansement phéniqué et ouaté compressif.

Pas de réaction fébrile ; les premiers jours douleurs au niveau de la plaie. — Lavages et pansements quotidiens.

27 *mars.* — Arthrite légère du genou. Ignipuncture.

30. — Épanchement énorme dans l'articulation. Vésicatoire.

4 *avril.* — L'épanchement persiste.

17. — Malgré un traitement actif, l'arthrite du genou fait des progrès. Nous craignons d'être conduit à faire l'amputation de la cuisse. Pas de fièvre.

1er *mai.* — Ignipuncture.

8. — L'arthrite est stationnaire, la plaie chirurgicale de la jambe se cicatrise lentement du fond à la surface.

19. — Même état. On fait des pointes de feu, sur le genou, tous les quatre jours.

25. — La plaie chirurgicale se comble de jour en jour. Arthrite du genou stationnaire.

9 *juin.* — Sous l'action répétée des pointes de feu, amélioration considérable du genou. La tuméfaction diminue, l'épanchement se résorbe. Plaie en bonne voie.

26. — L'arthrite s'amende de jour en jour. Plaie de la jambe en partie cicatrisée. Bon état général. Badigeonnage du genou avec la teinture d'iode.

24 *juillet.* — La plaie du tibia est complètement guérie. Arthrite très améliorée, mais stationnaire. On continue les séances d'ignipuncture.

15 *août.* — Guérison avec ankylose fibreuse du genou. Exéat.

Obs. CCCLXVII. — *Nécrose de la partie moyenne de la face interne du tibia consécutive à une ostéo-myélite. Guérison.* — Guillemin (Jean-Baptiste), soixante-sept ans, journalier, entre le 9 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 76. A subi, il y a quatre ans, une opération sur le tibia gauche, au sujet de laquelle il ne donne que fort peu de renseignements. Avant cette époque, il était, paraît-il, d'une assez bonne santé. L'année dernière, en avril, il est entré dans notre service pour une ostéo-myélite centrale du tibia, pour laquelle il a subi la trépanation du tibia avec rugination des parois du canal. On lui passa ensuite un drain, on fit des lavages dans son tibia, et il sortit guéri.

Dans les premiers jours de janvier, sans cause appréciable, une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse, se produisit à la partie supérieure de la face interne de la jambe gauche.

5 *janvier.* — La tuméfaction donnait issue à une assez grande quantité de pus.

6, 7 et 8. — La peau s'ulcéra autour de l'ouverture du foyer purulent.

État actuel (9 janvier). — Au niveau de la face interne du tibia,

à un travers de main de son extrémité supérieure, existe une ulcération profonde, à bords assez nettement découpés, dont le fond est constitué par une portion osseuse qu'on sent sous le stylet. Peu de douleurs spontanées. Les mouvements du genou sont libres. — Repos au lit. Badigeonnage de la cavité avec de la teinture d'iode. Iodure de potassium, 2 grammes par jour.

1er *février*. — L'orifice semble avoir diminué. Extraction d'un petit séquestre superficiel mobile. On continue le même traitement.

18. — On remplit la cavité d'éponges imbibées de teinture d'iode.

Ce traitement est continué pendant les mois de *mars, avril et mai*. — Peu à peu la perte de substance diminua insensiblement, si bien que le 17 juin le malade demande à sortir. A ce moment il peut reprendre ses occupations.

Obs. CCCLXVIII. — *Nécrose du tibia. Repos. Cataplasmes. Injections iodées. Ablation des séquestres. Amélioration.* — Jernigon (Victor), vingt-neuf ans, meunier, entre le 14 août 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Jeune homme peu robuste. Père et mère vieux et bien portants, une sœur épileptique. En février dernier, coup de pied sur le devant de la jambe droite. Pendant plusieurs jours douleur qui disparut peu à peu pour revenir plus intense au mois de mai. Au bout d'une semaine, à la moitié antérieure et interne de la jambe, plaque rouge de la peau qui s'élargit peu à peu ; un abcès se forma à la suite d'applications de cataplasmes et resta fistuleux.

Depuis quinze jours les douleurs sont intolérables, il peut difficilement marcher.

État actuel. — A la partie moyenne du tibia, sur sa face interne, se rapprochant de la crête, on voit une plaque rouge au centre de laquelle s'ouvre une fistule. La pression à cet endroit est très pénible; empâtement, chaleur de la peau. Un stylet introduit par la fistule rencontre une surface osseuse privée de son périoste, dure et mobile. — Pendant plusieurs jours, cataplasmes sur la partie malade.

Le cinquième jour incision de 5 centimètres qui conduit sur un séquestre mobile long de 3 centimètres. Un second séquestre beaucoup plus petit est également extrait. — Repos, cataplasmes les premiers jours, puis pansement à l'alcool phéniqué et injections d'eau iodée dans la fistule osseuse. — Régime tonique et reconstituant.

La guérison s'obtient lentement, la suppuration est toujours un peu abondante, l'état général est peu satisfaisant.

Un mois après l'opération, voyant que le malade semble s'étioler dans nos salles, nous lui conseillons d'aller à la campagne.

23 *septembre*. — Exéat.

§ III

TUMEURS DES OS.

Parmi les néoplasmes, ceux qui intéressent peut-être le plus le chirurgien sont ceux qui ont pour point de départ le système osseux, et cela au point de vue de leur nature, de leur diagnostic et de leur traitement.

En effet, s'il en est de bénins, la plupart sont essentiellement malins, tel est l'ostéo-sarcome, qui récidive ou se généralise rapidement. Quelques-uns, comme les exostoses ostéo-cartilagineuses de la ligne diaphyso-épiphysaire, ou de la région sous-unguéale, récidivent fréquemment sur place, si on n'enlève pas la base d'implantation avec soin.

Le diagnostic de ces néoplasmes, aisé pour certains qui ont leur lieu d'élection, leur âge d'apparition, comme les exostoses de croissance, est parfois très difficile quand ils sont profonds, comme à la cuisse, et dans ces cas une incision exploratrice est nécessaire.

Relativement à la thérapeutique, c'est naturellement toujours à l'exérèse qu'il faut recourir et à une exérèse large, quelquefois même à l'amputation du membre ou à la résection de l'articulation au voisinage de laquelle la tumeur a pris naissance et s'est propagée.

L'importance de ces néoplasies, la difficulté d'exérèse qu'elles présentent parfois, légitiment les longues considérations dans lesquelles nous allons entrer à propos de la plupart d'entre elles.

Les observations CCCLXX, CCCLXXI, CCCLXXII et CCCLXXIII sont des plus intéressantes, premièrement au point de vue du diagnostic; les tumeurs du sinus maxillaire sont fréquentes et variées, elles peuvent être constituées par des kystes ou des tumeurs solides. Ces dernières peuvent être des tumeurs myéloplaxes qui se caractérisent par leur coloration lie de vin, leur indolence, leur bénignité

relative et que l'on observe plus spécialement chez les jeunes sujets. Des sarcomes purs ou mélangés de tissus fibreux qui ont une marche plus rapide débordent promptement la cavité du sinus pour envahir les régions voisines, orbite, fosses nasales, voûte palatine, etc., caractères que nous n'observions pas chez d'autres malades. Des cancers et des épithéliomas qui ont une évolution rapide déforment les parois de la cavité, envahissent les parties molles et les ganglions. Nous n'avions, dans les observations actuelles, aucune raison de songer à cette variété de tumeur. Les affections présentaient plutôt les caractères d'un kyste. Restait à déterminer la nature et le siège exact de ce dernier. Nous avons divisé ces kystes en sous-périostiques interstitiels et sous-muqueux; dans ce dernier cas, ils font saillie sous la muqueuse du sinus. Quel qu'ait été leur point de départ, ces kystes peuvent, à un moment donné, faire saillie sous la muqueuse buccale. A cette période, le diagnostic du siège primitif devient fort difficile. Quant au diagnostic de la nature exacte, il ne peut être obtenu qu'à l'aide de la ponction, ou mieux de l'incision exploratrice qui est en même temps curative. C'est en nous conformant à cette règle de conduite que nous avons agi dans les cas présents et que nous avons pu constater que le liquide avait, chez le malade de l'observation CCCLXXI, les caractères du contenu d'un kyste séreux qui a subi la transformation purulente, et chez le malade de l'observation CCCLXXII, les caractères du liquide qu'on trouve dans le kyste à cholestérine. Quant au traitement, celui auquel nous donnons la préférence est le drainage de la cavité suivi d'injections détersives et modificatrices. Il nous a toujours réussi, aussi n'hésitons-nous pas à l'employer même dans les cas de kyste des sinus frontaux.

L'observation CCCLXXIV a trait à une tumeur ostéo-cartilagineuse du maxillaire supérieur ayant envahi le sinus et nécessité la résection partielle de l'os. Le début remontait seulement à deux mois et avait coïncidé avec la carie des grosses molaires supérieures, de sorte qu'on était porté à établir un rapport entre les altérations des dents et le déve-

loppement de la masse morbide. En effet, quand nous observâmes le malade, il existait, outre les caractères communs à toutes les tumeurs du sinus, des désordres intéressants du côté des alvéoles vides : développement de bourgeons charnus, mollasses et saignants, pyorrhée alvéolaire, hypertrophie et inflammation de la fibro-muqueuse, dénudation du bord alvéolaire. Toutefois ces phénomènes ne pouvaient nous renseigner sur la nature de la tumeur et l'incision exploratrice pouvait seule nous indiquer s'il s'agissait d'un kyste d'origine dentaire, d'un fibrome, d'un enchondrome, d'un sarcome ou d'une tumeur maligne. L'absence de toute fluctuation et de tout écoulement liquide par les alvéoles perméables éloignait l'idée de kyste. La présence de bourgeonnements mollasses répondait plutôt à l'idée d'un sarcome soit pur, soit myéloplaxique. Rien ne faisait supposer que nous dussions rencontrer une tumeur chondro-calcaire. Dans tous les cas, l'ablation du tissu morbide était indiquée et le procédé auquel nous donnâmes la préférence fut la résection partielle du maxillaire. Nous fûmes étonnés du volume de la tumeur et de l'importance du prolongement qu'elle envoyait du côté du plancher de l'orbite et de la paroi externe des fosses nasales, alors qu'il n'existait à la vue aucune déformation appréciable de ces régions. Une autre particularité digne de remarque était l'épaississement subi par les parois osseuses du sinus et le bord alvéolaire du maxillaire ainsi que l'hypertrophie de la muqueuse, du sinus et du périoste maxillaire.

A propos de la guérison survenue en un mois, nous ferons remarquer une fois de plus avec quelle facilité guérissent les traumatismes de la face, si importants qu'ils paraissent.

La malade qui fait le sujet de l'observation CCCLXXV était atteinte d'un sarcome myéloplaxique kystique du maxillaire supérieur, développé aux dépens du périoste. A part la déformation, la tumeur n'offrait à la vue que des caractères négatifs, qui rendaient le diagnostic difficile. Toutefois, un examen attentif révélait un signe de la plus haute importance ; il était, en effet, facile de constater que la paroi postérieure du sinus et la tubérosité maxillaire étaient libres, ce qui, du

premier coup, éliminait les tumeurs développées dans la cavité du sinus et limitait la question aux tumeurs de la fosse canine et de la paroi antérieure du sinus. Ces tumeurs sont ordinairement des kystes sous-périostiques ou interstitiels d'origine dentaire, des épithéliomas ou des sarcomes du périoste ou des parties molles. En présence des tumeurs de cette région il faut d'abord penser aux affections d'origine dentaire, c'est guidé par ce précepte que, trouvant plusieurs dents cariées, nous conseillâmes à la malade de les faire enlever. Cette exérèse n'apporta aucun éclaircissement, nous dûmes revenir à un examen attentif de la tumeur. Les kystes sous-périostiques présentent une fluctuation facile à percevoir et que nous n'observions pas. Les kystes interstitiels sont recouverts par une lame osseuse tellement mince qu'on la fait ployer sous la pression ou même qu'elle s'est fracturée et donne la sensation spéciale du parchemin. Notre tumeur était au contraire dure et manifestement solide, nous étions donc porté à penser plutôt à un épithélioma ou à un sarcome. Mais ici l'incision exploratrice et même l'examen microscopique pouvaient seuls nous éclairer définitivement. Cette incision nous démontra qu'il s'agissait bien d'une tumeur solide de mauvaise nature qu'il fallait à tout prix enlever largement. Nous fîmes, suivant notre procédé habituel, la résection du maxillaire, avec cette particularité que nous appliquâmes notre procédé du morcellement. Nous dûmes enlever de la sorte, outre la totalité du maxillaire, l'os malaire et une portion de la pituitaire. Malgré la nature maligne de la tumeur, malgré la gravité de l'opération, malgré les chances défavorables d'un mauvais état général, la guérison fut obtenue en vingt-six jours.

A propos de l'observation CCCLXXVI, signalons un petit accident extrêmement rare quoique nous fassions un usage journalier de l'hémostasie préventive par des pinces laissées à demeure pendant toute l'opération ; c'est la mortification de la lèvre et la formation d'un bec-de-lièvre accidentel, qui, du reste, n'a laissé aucune trace après une opération complémentaire.

Les observations de CCCLXXVI à CCCLXXXI méritent d'être rapprochées. Dans tous les cas il s'agit de tumeurs sarcomateuses ou épithéliales, passibles d'un traitement analogue, bien que le mal ait eu primitivement un siège différent. Dans certains cas la tumeur débute par la voûte palatine et provoque de la gêne de la mastication. Chez d'autres malades, l'attention est d'abord attirée vers les fosses nasales, par des symptômes de coryza chronique, et la présence d'une tumeur polypeuse. Naturellement les symptômes sont fort dissemblables suivant le siège. Chez l'un il s'agit d'une affection, en apparence localisée à la voûte palatine et au bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Pas de déformation de la face, rien d'anormal pour le malade du côté des fosses nasales. Le mal est d'ailleurs arrivé à une période tellement avancée qu'il n'y a pas de doute à concevoir sur sa nature et que le diagnostic s'impose. Chez un autre malade, l'attention est de suite attirée par la déformation de la joue, par l'œdème inflammatoire de la peau et la saillie du sinus. Il existe en même temps du boursouflement de la muqueuse palatine et une tumeur polypeuse des fosses nasales. Et tous ces phénomènes portent à penser qu'il s'agit d'une altération du sinus. Mais le diagnostic de la nature de cette altération est loin d'être facile. La rougeur et l'œdème permettent de croire à une lésion purement inflammatoire du sinus, avec coïncidence d'un polype muqueux des fosses nasales. Le diagnostic ne peut être complété que par une incision exploratrice et l'examen direct de la cavité du sinus. Voilà donc des affections fort différentes en apparence qui nécessitent le même traitement. Tantôt la tumeur prend naissance sur la voûte palatine et envahit consécutivement le sinus maxillaire et les fosses nasales : tantôt le mal débute par le sinus et s'étend secondairement à la muqueuse des fosses et à la voûte palatine. Ainsi que nous l'avons fait remarquer à plusieurs reprises, les opérations qui se pratiquent sur la face guérissent ordinairement avec la plus grande rapidité. Toutefois, lorsque le mal s'étend très loin du côté de la base du crâne, le malade peut succomber soit aux progrès de

la tumeur dont il a été impossible de poursuivre tous les prolongements, soit à une méningo-encéphalite par contiguïté due aux suites de l'opération; tel a été malheureusement le cas du malade qui fait le sujet de l'observation CCCLXXVII.

On s'explique facilement cette issue fatale lorsqu'on songe que le mal avait envahi toutes les parties molles de l'orbite, y compris les lobes de l'œil et l'ethmoïde.

Peut-être chez lui, d'ailleurs y avait-il une prédisposition à une complication cérébrale, car l'autopsie a montré une adhérence anormale de la dure-mère à la calotte cranienne, et de la pie-mère à la pulpe cérébrale. Peut-être qu'en recueillant avec soin les anamnestiques on aurait trouvé chez lui des troubles psychiques, de la céphalée, dus vraisemblablement à cette méningo-encéphalite chronique d'origine probablement alcoolique.

L'observation CCCLXXXII est intéressante en ce qu'elle montre que les kystes qui se développent autour de racines sont susceptibles de revêtir la forme suppurative avant que leur présence ait été constatée. De là l'aspect d'une fluxion ou d'un abcès qui en impose pour le diagnostic. Il est habituellement facile de reconnaître ces sortes de tumeurs à leurs limites bien circonscrites, à la sensation de parchemin que donnent les lamelles osseuses distendues, lorsqu'on les comprime. Toutefois, quand au moment où le malade se présente au chirurgien la tumeur a perdu ses caractères, s'est vidée, et que ses parois sont revenues sur elles-mêmes, le diagnostic devient plus difficile. Tel était le cas de notre malade.

L'observation CCCLXXXIII est à signaler à cause de sa rareté et des difficultés du diagnostic. Il est peu commun de voir des tumeurs se développer simultanément chez le même sujet aux deux mâchoires, et leur présence éveille aussitôt l'idée des analogies de structure et de fonction de ces deux os. L'existence des dents et des alvéoles doit immédiatement faire penser à une altération d'origine dentaire et, comme les kystes sont les plus fréquents, c'est sur eux que doit se fixer l'attention.

Les tumeurs des maxillaires s'observent fréquemment, et peuvent porter indifféremment sur l'une ou l'autre mâchoire; mais la plupart : myéloplaxome, sarcome, cancer, etc., se limitent à l'un de ces os.

Les seules tumeurs qui ont de la tendance à se multiplier sont, avec les kystes, les productions d'origine inflammatoire, et les exostoses. Mais chez notre malade il était facile d'éliminer les deux dernières variétés, parce que d'une part il n'existait aucune trace d'inflammation, et que, d'autre part, les exostoses ne donnent pas lieu à des écoulements liquides. D'ailleurs la tumeur du maxillaire supérieur donnait une sensation parcheminée sur laquelle on ne pouvait se méprendre et enfin la ponction exploratrice restait toujours en dernier ressort. Elle a confirmé le diagnostic que nous avions porté tout d'abord.

Quant au traitement des affections kystiques, il consiste, comme nous l'avons déjà dit, à évacuer le liquide, à en faciliter l'écoulement et à faire dans la cavité des injections capables de modifier la structure de la membrane sécrétante. Les ouvertures que nous avons faites aux parois osseuses des kystes répondaient suffisamment à ces indications.

Entre autres particularités, nous ferons remarquer que chez ce malade les parois osseuses des kystes avaient une épaisseur disproportionnée avec ce que l'on observe d'habitude. Cette épaisseur semblait devoir gêner le rapprochement des lames compactes et l'occlusion des kystes. Les suites de l'opération ne furent point en effet aussi simples que d'habitude; cependant, en moins d'une année, le travail de résorption des parois osseuses et d'effacement des cavités kystiques avait marché assez bien pour qu'on n'observât plus traces de ces singulières altérations.

L'observation CCCLXXXIV a trait à une exostose ostéo-cartilagineuse adhérente au bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur : affection rare, comme la précédente, et d'une diagnose non moins épineuse. Si, en effet, comme nous l'avons établi dans nos *Cliniques*, les exostoses ostéo-cartilagineuses sont fréquentes aux membres, sur

les os longs où elles se développent au niveau des épiphyses, il est presque sans exemple de les rencontrer sur les os courts. Toutefois une longue pratique apprend qu'on peut exceptionnellement les rencontrer partout. Chez l'un de nos malades dont nous avons publié l'observation et le dessin, nous avons trouvé une exostose ostéo-cartilagineuse pédiculée, renflée en massue et incurvée en bec d'oiseau, s'implantant sur la face postérieure du calcanéum (Voy. t. VI, p. 15, fig. 12).

Chez ce malade, bien que le diagnostic présentât quelques difficultés, il était néanmoins plus facile que dans le cas actuel, la face postérieure du calcanéum étant plus superficielle, plus accessible que le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et aucun organe important ne la séparant de la peau.

Chez notre dernier malade, le siège de la tumeur dans la région parotidienne compliquait singulièrement la question. Nous eûmes à établir un diagnostic différentiel entre l'enchondrome de la parotide, le sarcome ossifiant et les diverses tumeurs des os. Les signes qui nous permirent de surmonter ces difficultés furent l'existence appréciable d'une couche de cartilage à la surface de la tumeur, la consistance uniformément osseuse de cette dernière, sa fixité, son adhérence interne à la branche montante du maxillaire dont elle partageait les mouvements.

Comme particularités anatomo-pathologiques, nous ferons remarquer la condensation et la dureté du tissu osseux qui formait le centre de la tumeur, dureté qui fut une des difficultés de l'ablation.

L'observation CCCLXXXV est intéressante au point de vue du diagnostic. Les tumeurs solides qui se développent au niveau des gencives et que l'on a réunies sous le nom commun d'épulis peuvent appartenir à des variétés très différentes qui sont principalement des fibromes, des sarcomes, des tumeurs à myéloplaxes et des épithéliomas. Le fibrome pur offre une consistance dure spéciale différente de celle que nous observons chez notre malade et ne présente jamais la coloration

violacée, lie de vin. Le sarcome qui se rapproche de la tumeur qui nous occupe, par sa consistance, s'en écarte encore par la coloration. D'autre part, bien que sa marche soit plus lente que celle des tumeurs malignes, il acquiert avec le temps, quelle que soit la variété à laquelle il appartienne, un volume considérable et finit par envahir les ganglions. Or dans notre observation la production morbide n'a atteint en dix ans que le volume d'une forte amande et les ganglions sont sains. Quant à l'épithélioma, sa marche est toujours plus rapide; il arrive en peu de temps à l'ulcération et à l'infection ganglionnaire. Au contraire, le myéloplaxome offre tous les caractères de la tumeur que nous observions. Sa marche lente, progressive, sa localisation, sa coloration violacée, sa consistance. Aussi étions-nous portés *a priori* à penser à cette variété de tumeur. Toutefois, pour que le diagnostic fût complet, deux points restaient à élucider. Nous devions nous demander, d'une part, si la tumeur était simplement développée aux dépens de la couche de cellules sous-périostales ou si elles communiquaient avec le tissu médullaire du centre de l'os; d'autre part, si nous avions affaire à un myéloplaxome pur, c'est-à-dire à une tumeur bénigne ou à une tumeur mixte, à trame sarcomateuse, fibro-plastique ou embryoplastique et infiltrée de myéloplaxes, c'est-à-dire à une tumeur plus ou moins maligne. L'expérience nous a en effet appris que ces différents cas peuvent se présenter dans la pratique. Les tumeurs sous-périostiques sont, comme dans notre observation, bien limitées et ne déterminent qu'une déformation locale sur le point où elles ont pris naissance. Celles qui occupent le centre de l'os écartent le plus souvent les deux lames compactes du corps, produisent une sorte de dilatation ampullaire et constituent une variété de *spina ventosa;* en pareil cas, les dents s'ébranlent, finissent par tomber et des prolongements de la masse morbide font hernie par les alvéoles. Dans d'autres cas les choses se passent autrement. La tumeur, au lieu de prendre naissance dans le corps de l'os, est primitivement sous-périostique, elle érode à la longue la lame compacte sur laquelle elle repose, s'y creuse une loge

et finit par pénétrer jusqu'au centre de l'os. Dans ces deux derniers cas, les symptômes sont différents de ceux que nous observions, l'ébranlement et la chute des dents, la réductibilité partielle du prolongement extérieur de la tumeur, la déformation en masse de l'os éclairent sur le siège véritable du néoplasme. Quant à la structure histologique de la tumeur, l'observation clinique ne pouvait nous donner que des présomptions. On sait que les myéloplaxomes purs s'observent surtout dans la première moitié de la vie et qu'ils se développent exceptionnellement après trente-cinq ans. Passé cet âge, lorsqu'une tumeur se présente avec les caractères des tumeurs à myéloplaxes, il y a lieu de craindre qu'il s'agisse d'une variété de sarcome (ou même d'épithélioma) contenant une certaine proportion de cellules à noyaux multiples leur imprimant une coloration lie de vin. D'ailleurs, la marche de la tumeur éclaire rapidement le diagnostic. Notre malade a précisément trente-cinq ans, mais nous ne pouvons oublier que le début du mal remonte à dix ans.

L'observation CCCLXXXVI mérite d'être rapprochée de la précédente. Il s'agit en effet dans les deux cas de tumeurs myéloplaxiques du maxillaire inférieur et le diagnostic donne lieu aux mêmes considérations. Ce qui particularise l'observation actuelle, c'est le siège de la tumeur dans l'épaisseur du corps de l'os; c'est son étendue et la rapidité de son évolution. Nous avons déjà publié plusieurs cas de tumeurs solides siégeant au centre du corps du maxillaire et constituant des variétés de *spina ventosa*. Des douleurs sourdes rapportées aux dents caractérisent seules le début de ces sortes de tumeurs. Ce n'est qu'ultérieurement que la présence du néoplasme peut être soupçonnée par l'augmentation de volume du corps de l'os. Souvent même les malades font extraire une ou plusieurs dents auxquelles ils rapportent la cause de leurs souffrances avant qu'on ait pu constater le renflement de la mâchoire. Alors on voit des prolongements de tissu morbide se faire jour par les alvéoles vides et évoluer avec une rapidité à laquelle mettait obstacle la résistance des lames compactes du maxillaire.

Même dans les cas où il n'existe pas de déformation apparente, le mal peut s'étendre fort loin et nécessiter des opérations graves. C'est qu'en effet le néoplasme a de la tendance à se porter du côté où il éprouve le moins de résistance, c'est-à-dire dans la direction du canal dentaire. Chez notre malade nous avons dû, pour dépasser les limites du mal, réséquer une moitié du corps de l'os depuis la symphyse jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire.

L'observation CCCLXXXVII, *sarcome mixte des deux faces de l'omoplate*, est intéressante à tous les points de vue. La rareté de ces sortes de tumeurs, la difficulté de leur diagnostic, la gravité des opérations qu'elles nécessitent, sortent en effet du cadre des faits de clinique journalière. Il est impossible de soupçonner l'existence des tumeurs des régions profondes avant la période de déformation; la douleur, la gêne du mouvement et les autres symptômes fonctionnels sont rapportés à toute autre cause, rhumatisme, névralgie, ostéite, etc. Même lorsque la tumeur se révèle par son volume, il est difficile d'en reconnaître la nature et même lorsque la masse morbide est bridée par des muscles et des aponévroses, comme dans le cas actuel, de dire si elle est solide ou liquide. C'est ce qui explique l'erreur commise par un médecin, qui vit le malade au début et porta le diagnostic d'abcès froid. Quand la malade se présenta dans notre service, cette erreur n'était plus possible. Son volume était en effet considérable et il était facile de reconnaître sa consistance solide, sa situation sous-musculaire et son adhérence avec l'omoplate. Cette situation profonde et cette adhérence à l'os écartaient l'idée d'un lipôme. La consistance mollasse, élastique, ne permettait pas de penser au fibrome pur et l'absence de végétation en chou-fleur éliminait la pensée d'une tumeur cartilagineuse pure ou mixte. Nous étions donc conduit à porter le diagnostic sarcome et à traiter le néoplasme comme une tumeur de mauvaise nature. Ajoutons que l'examen approfondi de la patiente nous avait démontré que les deux faces de l'omoplate étaient envahies et que nous devions opérer largement. Nous fûmes en effet conduit à enlever la presque tota-

lité de l'omoplate par voie de morcellement et en nous aidant de la scie circulaire du polytritome. Malgré la gravité de cette opération nous eûmes le bonheur de voir le malade guérir en moins de deux mois. Malheureusement, cinq mois plus tard, nous dûmes enlever des ganglions dans l'aisselle. Il est probable que la survie n'a pas dû être longue chez cette malade que nous avons perdue de vue.

L'observation CCCLXXXIX (dégénérescence sarcomateuse du périoste du radius) mérite d'être rapprochée de la précédente. Ici la tumeur s'était propagée à la presque totalité du périoste du radius en déterminant des foyers d'ostéite avec production de stalactites osseuses. Le diagnostic présentait de réelles difficultés. Nous tînmes longtemps le malade en observation et nous ne nous décidâmes à pratiquer l'amputation de l'avant-bras qu'après avoir épuisé les ressources médicales et nous être convaincu que si nous retardions l'opération, la patiente serait emportée par la cachexie. Nous avions alors la certitude d'avoir affaire à une tumeur maligne, mais il nous était impossible de dire s'il s'agissait d'un sarcome ou d'un carcinome. C'est seulement par l'examen de la pièce anatomique et par les recherches microscopiques que nous pûmes établir d'une façon certaine qu'il s'agissait d'un sarcome embryoplastique diffus du périoste. Ici encore nous eûmes la satisfaction de voir la malade guérir rapidement.

L'observation CCCXC est intéressante au point de vue de la nature et du siège de la tumeur, du diagnostic et du traitement. Les caractères dominants, ceux dont nous devions surtout tenir compte au point de vue du diagnostic, étaient la fixité et la dureté. Tous deux nous démontraient qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de l'os et faisant corps avec lui. Mais ces premiers renseignements obtenus, il devenait difficile de dire à quelle variété de tumeur osseuse nous avions affaire. Nous devions nous demander s'il s'agissait d'une exostose éburnée, d'une tumeur ostéo-cartilagineuse, d'une tumeur à myéloplaxes ou à médullocèles ou d'une tumeur mixte, composée de l'une des variétés précédentes unie en proportion plus ou moins considérable à du fibrôme

ou à du sarcome. Le point de diagnostic était fort épineux si nous n'avions tenu compte que des caractères physiques de la masse morbide. Tout ce que nous pouvions dire, c'est que la surface était uniformément osseuse et que s'il existait une certaine proportion de tissu mou, cartilagineux, myéloplaxique ou sarcomateux, il occupait le centre de la masse. L'exostose éburnée occupant toute l'étendue de la diaphyse étant extrêmement rare et le sarcome évoluant d'ordinaire assez rapidement, nous étions plutôt porté à limiter la question au myéloplaxome et à l'enchondrome. Les tumeurs à myéloplaxes s'observent bien à l'âge de notre malade, mais elles occupent de préférence d'autres régions, tandis que les métacarpiens et les phalanges sont le siège de prédilection des tumeurs cartilagineuses. Pour toutes ces raisons, nous nous arrêtions à cette dernière idée, bien que les autres doigts fussent intacts et qu'il n'existât à la surface de la masse morbide aucun point cartilagineux. Les nombreux exemples que nous avions observés dans le service de Nélaton et qui sont allés enrichir le musée Dupuytren, les cas que nous avons recueillis dans notre propre pratique et dont un certain nombre ont été publiés dans la seconde édition de la *Pathologie chirurgicale* de Nélaton nous avaient en effet appris qu'à côté des chondromes sous-périostiques et interstitiels, il en existe de centraux. L'opération confirma notre diagnostic. Malgré l'étendue de la tumeur et la difficulté de l'enlever complètement sans intéresser les tendons, nous essayâmes de faire de la chirurgie conservatrice et notre tentative fut couronnée de succès.

L'observation CCCXCI, qui est un fait d'ostéo-chondrome développé autour du tendon fléchisseur de l'annulaire droit, est une véritable rareté à cause de son siège non pas tant topographique qu'anatomique, siège du reste qu'il était presque impossible de déterminer, car la tension de la région était telle que le néoplasme semblait avoir réellement pris son point de départ sur l'os, tant il paraissait adhérent. Dans cette hypothèse et même dans celle d'un ostéo-chondrome du tendon, l'exérèse des deux dernières phalanges s'imposait

parce que dans la seconde hypothèse il était de toute évidence que la résection d'une portion du tendon fléchisseur était nécessaire, et par là même le doigt était condamné à l'impotence, et que dans la première la tendance de la tumeur à la récidive commandait également l'amputation.

Les fractures spontanées des os, dont l'observation CCCXCV est un bel exemple, ne sont pas très communes. On les observe chez les vieillards, chez les scrofuleux, chez les tuberculeux, chez les rachitiques et en général chez ceux qui ont eu des suppurations osseuses prolongées. Dans d'autres cas elles sont déterminées par l'évolution de diverses tumeurs qui prennent naissance dans le canal médullaire et qui détruisent de proche en proche le tissu compacte. Tantôt ces tumeurs sont des anévrysmes, des chondromes, des myéloplaxomes, plus souvent des sarcomes. Le diagnostic de la variété des tumeurs est difficile sauf dans les cas où la production morbide est assez volumineuse pour que ces caractères soient indéniables. Tel le cas de certains anévrysmes volumineux, tel celui des sarcomes-kystiques et partiellement fluctuants qui soulèvent l'os, les fracturent et donnent la sensation de parchemin. Mais en règle générale l'incision exploratrice permet seule un diagnostic affirmatif. Nous avons observé et opéré un grand nombre de ces tumeurs des os. Dans le cas actuel la production morbide était encore relativement peu volumineuse : elle se limitait au canal médullaire et au périoste de sorte qu'il était matériellement impossible d'en déterminer la nature avant l'incision exploratrice. Celle-ci nous démontra que le mal était trop étendu pour que nous pussions songer à faire de la chirurgie conservatrice. Nous dûmes donc pratiquer l'amputation de la cuisse. Cette opération, bien que grave par elle-même, est ordinairement suivie de guérison. Dans le cas actuel, le danger venait surtout de la tumeur et du mauvais état général du patient. Malgré ces conditions défavorables, nous eûmes pendant cinq jours l'espoir d'un succès, lorsqu'éclata une attaque de tétanos qui emporta le malade en trois jours, alors que la plaie était réunie par première intention.

L'observation CCCXCVII est des plus intéressantes. Au point de vue du diagnostic elle montre une fois de plus l'impossibilité d'arriver à la certitude sans la ponction exploratrice. Nous avions en effet affaire à une tumeur qui, par sa mollesse et sa fluctuation, ne présentait que des caractères négatifs. Parmi les tumeurs liquides nous pouvions, il est vrai, éliminer les abcès ostéopathiques en raison de l'absence de toute lésion osseuse rachidienne, pelvienne et fémorale, et de tout phénomène inflammatoire. Nous n'avions d'autre part aucune raison de penser à un abcès froid, la constitution de la malade n'offrant aucun des caractères du lymphatisme. Les sarcomes kystiques étant parfois le siège de douleur, et se reliant souvent à une masse solide, nous pouvions encore en écarter l'idée. Mais entre les différentes autres tumeurs qui se caractérisent par de la mollesse et de la fluctuation (kystes séreux, hématiques, hydatiques; myxomes et lipomes fluctuants), aucun signe différentiel ne s'élevait. La ponction nous révéla immédiatement la nature myxomateuse de la tumeur et nous indiqua du même coup le traitement. Mais toutes nos préoccupations ne disparaissaient pas de même; nous devions encore nous demander aux dépens de quel organe s'était développée la tumeur. On sait en effet que le myxome peut naître dans les muscles, sur les nerfs, aux dépens des aponévroses et du tissu cellulaire. Or le siège de la tumeur nous faisait redouter du côté du nerf sciatique quelques concrétions internes qui nous eussent obligé à sacrifier en totalité ou en partie cet organe important et à laisser la malade avec un membre paralysé et destiné à l'atrophie et aux autres troubles de nutrition. Pendant la première partie de l'opération nous crûmes un instant que la tumeur dépendait de la cloison intermusculaire externe à cause des adhérences qu'elle contractait avec elle. Mais la dissection de la masse profonde nous démontra que c'était aux dépens du périoste du fémur que la tumeur avait pris naissance. A part ces adhérences périostiques et aponévrotiques la tumeur était bien limitée par sa coque fibreuse, ce qui nous a permis de faire une ablation aussi complète que

possible. La reproduction sur place est un phénomène qu'il y a en effet, lieu de redouter. Tous les myxomes n'ont pas la même marche et n'imposent pas le même pronostic, les uns peuvent être assimilés aux tumeurs bénignes et ne récidivent pas, d'autres au contraire sont de véritables tumeurs malignes, par la rapidité de leur évolution et la tendance qu'ils ont à se reproduire même après une ablation aussi complète que possible. On a même relaté quelques exemples, rares il est vrai, de généralisation.

Dans l'observation CCCXCIX (tumeur à myéloplaxe de l'extrémité du tibia) on constatait, au-dessous de la peau qui avait conservé son intégrité et son indépendance, une tumeur peu volumineuse, mollasse et réductible dans la cavité de l'os. Lorsqu'elle était réduite, on sentait manifestement l'orifice osseux à travers lequel elle s'était fait jour sous les téguments. Ces symptômes faciles à constater permettaient donc d'établir l'existence d'une tumeur solide, mollasse, d'origine intra-osseuse, ayant amené par son développement la trépanation spontanée du tibia. Mais, ce premier point établi, il devenait fort difficile de préciser la nature de cette production. Toutefois, étant donnée son origine intra-osseuse, on pouvait de prime abord éliminer l'idée d'une tumeur graisseuse. Sa consistance mollasse ne permettait pas de s'arrêter à la pensée d'un fibrome ou d'un chondrome. Restait donc en somme à établir un diagnostic différentiel entre le myéloplaxome, l'ostéo-sarcome et le carcinome. Les caractères de la tumeur ne fournissaient sur ce point aucune donnée de valeur; on ne pouvait davantage tirer des renseignements de la durée de l'affection. Seul le bon état général du patient autorisait à pencher plutôt vers une tumeur de bonne nature et, en raison de la plus grande fréquence du myéloplaxome, nous étions porté à admettre cette variété de tumeur. Cette hypothèse ne pouvait d'ailleurs être vérifiée que par l'incision exploratrice. Quant au pronostic, il était peu encourageant. Le seul fait de la trépanation spontanée de la lame compacte du tibia laissait supposer que la tumeur avait un volume important et

envoyait des prolongements sérieux dans le canal médullaire, tant du côté de la diaphyse que du côté de l'épiphyse. Le voisinage de cette dernière faisait redouter des complications imminentes du côté de l'articulation, et bien qu'il n'y eût encore aucun signe d'arthrite, nous avions tout lieu de juger que la tumeur ne tarderait pas à se faire jour de ce côté. Ces considérations indiquaient assez que l'intervention chirurgicale devait être rapide et sérieuse. Toutefois notre prédilection pour la chirurgie conservatrice nous poussait à faire tout le possible pour éviter le sacrifice du membre. Nous fîmes donc d'abord l'évidement de l'os, afin de nous rendre compte de l'étendue des désordres et dans l'espoir qu'une résection partielle suffirait à débarrasser le malade et à le mettre à l'abri d'une récidive. Ce fut seulement au cours de l'opération, quand nous eûmes reconnu que la trépanation spontanée de l'articulation était imminente, que la tête du péroné et même la synoviale articulaire étaient envahies par le myéloplaxome, que nous transformâmes notre résection du tibia en une résection du genou comme nous avons l'habitude de la pratiquer. Cette opération fut suivie d'un prompt succès.

L'observation CD (exostose de croissance du calcaneum) a fait le sujet d'une leçon de clinique publiée dans le t. IV (p. 3 et suivantes), nous y renvoyons le lecteur pour les considérations qu'elle suggère.

Obs. CCCLXIX. — *Tumeur cancéreuse inopérable de la région frontale adhérente aux os.* — Lallemand (Alexandrine), soixante-deux ans, entre le 14 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. Pas d'hérédité. Très nerveuse, cette femme a eu autrefois de nombreuses attaques de nerfs et, à l'âge de vingt-huit ans, a présenté des phénomènes de catalepsie. Elle est encore très impressionnable. Pas de rhumatismes. Il y a seize mois environ, elle s'est aperçue de l'apparition presque simultanée d'un bouton noirâtre à la racine des cheveux, à gauche, et d'une sorte de poireau dans le sillon naso-génien droit. Des remèdes empiriques ne firent qu'irriter ces deux productions, qui augmentèrent peu à peu de volume. En avril 1881, un médecin appliqua sur la tumeur nasale de la pâte de Vienne. Mais, la maladie s'accroissant toujours, la malade entra à l'hôpital de Reims en juin 1881. Là le Dr Décès opéra le 7 juillet la tumeur nasale, et, le 16 août,

la tumeur frontale, qui avait alors à peu près le volume d'une noix. La cicatrisation était presque complète lorsque la malade quitta l'hôpital le 18 septembre.

Dans les premiers jours de novembre, il se fit une récidive au-dessus de la cicatrice du front et la nouvelle tumeur s'accrut avec rapidité.

14 *mars* 1882. — Toute la région frontale gauche est occupée par une grosse tumeur qui fait une saillie d'environ 8 centimètres, et qui a 10 centimètres de largeur sur 12 de hauteur. La peau est rouge, amincie, très vasculaire, absolument adhérente. La surface de la tumeur est lobulée irrégulièrement, certains lobules ayant le volume d'un pois, d'autres celui d'une noix et plus. Quelques cheveux sont disséminés dans la moitié supérieure ; au milieu, cicatrice horizontale. La consistance est élastique, avec des points un peu plus mous : une ulcération superficielle laisse couler parfois du sang pur. La tumeur est adhérente aux parties profondes, et semble faire corps avec le frontal. Indolence : la malade ne se plaint que de démangeaisons et de quelques picotements. L'œil est intact, il n'est pas dévié : de ce côté la vue est normale. Pas de symptômes cérébraux. Pas de céphalalgie. Pas de titubation. Pas de vomissements. Sommeil conservé. — Vu l'adhérence aux parties osseuses, nous ne pensons pas que la tumeur soit opérable. — Exéat le 20 mars.

Obs. CCCLXX. — *Kyste séreux sous-périostique de la région gingivale supérieure gauche. Drainage. Récidives. Drainage et cautérisation de la paroi avec le nitrate d'argent. Guérison.* — Robin (Auguste), trente-neuf ans, peintre, 15 juin 1882 (externe). Nombreuses attaques de rhumatismes depuis 1869. Déformations articulaires très accusées, gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations des première et deuxième phalanges. Aux pieds, mêmes déformations. En 1869, coliques saturnines. En 1873, commence à se développer au-dessous de l'aile du nez (côté gauche) une tumeur que M. Gosselin opère à cette époque. Il arrache une dent, passe un tube à drainage, et y fait des injections. Guérison en deux mois. Il avait déjà à ce moment des névralgies faciales du côté gauche. La tumeur s'est reproduite l'année dernière ; elle grossit peu à peu sans douleur, déterminant un peu de gêne. Le malade fut opéré à l'hôpital Tenon : on mit un tube à drainage pendant quinze jours. Depuis un mois la tumeur s'est de nouveau reproduite.

État actuel. — La lèvre gauche est soulevée par la tumeur. Le pli naso-labial est effacé. En relevant la lèvre on constate que le sillon gingivo-labial gauche est rempli par une tumeur tendue, fluctuante, sans changement de coloration, du volume d'une noix, sans adhérence avec la muqueuse. Cette tumeur ne détermine pas de douleur. Elle occasionne simplement un peu de gêne. — Nous l'incisons : il en

sort un liquide clair, un peu visqueux. Nous cautérisons l'intérieur avec le nitrate d'argent.

Le malade devait revenir si la tumeur se reproduisait; il n'est pas revenu.

Obs. CCCLXXI. — *Kyste interstitiel du maxillaire supérieur d'origine dentaire. Résection de la paroi antérieure. Destruction des parois du kyste.* — Bar (Jean-Pierre), trente-quatre ans, garçon maçon, entre le 13 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Depuis six ans la première grosse molaire supérieure gauche a commencé à se carier. Depuis cinq ans la canine du même côté est devenue douloureuse sans trace de lésion. Odontalgies répétées. A partir de la même époque une tumeur s'est développée au-dessus de la canine au niveau de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Elle a fait des progrès incessants et a fini par amener de la déformation de la joue. Depuis neuf mois suppuration au niveau de l'alvéole de la canine.

État actuel. — La moitié inférieure du sillon naso-jugal est effacée, comblée par une tumeur hémisphérique, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselure apparente, qui soulève les parties molles de la lèvre supérieure et de la joue. Pas de rougeur de la peau, pas d'œdème, pas de vascularisation anormale. Lorsqu'on soulève la lèvre, on voit la tumeur dans le sillon gingivo-labial, accolée à la paroi antérieure du sinus. La muqueuse buccale est congestionnée à ce niveau ; pyorrhée alvéolaire au niveau de la canine, qui est douloureuse et ébranlée. La première grosse molaire est atteinte de carie. Les autres dents sont saines. Au toucher la tumeur est dure, de consistance osseuse. Rien dans les ganglions.

18 *mars*. — Anesthésie. Incision de la fibro-muqueuse dans le vestibule, décollement avec la rugine. Rétraction des lèvres de l'incision. La paroi osseuse du kyste étant à nu, nous la faisons sauter avec la gouge et le maillet, et nous en égalisons les bords avec une rugine coupante. Issue d'environ 25 grammes d'un liquide séro-purulent. La paroi postérieure du kyste est constituée par la paroi antérieure du sinus maxillaire. Elle est tapissée par une membrane organisée que nous enlevons par voie de dissection. Nous avions donc affaire à un kyste interstitiel. — Lavages avec l'eau phéniquée et compression avec une éponge pendant trois heures. — Il sort guéri le 1er avril.

Obs. CCCLXXII. — *Kyste à cholestérine du sinus maxillaire droit consécutif à la carie de la première grosse molaire supérieure. Ponction. Drainage du sinus. Guérison.* — Brochab (Anne), cinquante-deux ans, sans profession, entre le 7 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'hérédité, pas d'antécédents pathologiques, bonne santé habituelle. Depuis deux ans, odontalgies fréquentes, carie dentaire. Il y a quinze mois, elle remarqua que la joue droite devenait plus volu-

mineuse que la gauche; en même temps, apparaissait dans le sillon gingivo-buccal supérieur droit, au-dessus des premières grosses molaires, de la tuméfaction et de la rougeur. Ces phénomènes se sont, depuis, développés lentement et progressivement.

État actuel. — La joue droite est déformée par une saillie qui reproduit la forme du sinus maxillaire, également hypertrophié dans tous ses diamètres. Cette tumeur est bien limitée à sa périphérie, elle n'empiète ni sur la région de l'orbite, ni sur la fosse canine, ni sur le sillon naso-génien. Toute la déformation consiste dans le relief qu'elle fait au-dessus des régions voisines. La peau lisse, unie, tendue, a conservé son intégrité et sa coloration; ni œdème ni vascularisation anormale. Au toucher, consistance dure, solide, manifestement osseuse. La paroi externe de la fosse nasale droite a conservé sa forme et sa direction normales. Lorsque la bouche est ouverte, on remarque que les incisives et les canines supérieures droites sont cariées jusqu'au collet. La première petite molaire est saine, mais mobile dans son alvéole. Toute la couronne de la seconde petite molaire est détruite par la carie. La première grosse molaire est saine et adhérente, la deuxième grosse molaire est cariée jusqu'à la racine, pas de traces de dent de sagesse. La voûte palatine n'est pas refoulée et offre un aspect normal; au contraire, lorsqu'on soulève la lèvre supérieure, on voit que le sillon gingivo-labial est le siège d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon étendue de la canine à la première grosse molaire. La muqueuse refoulée par cette tumeur est lisse, unie, tendue, plus vasculaire que dans les régions voisines; elle n'offre ni ulcération, ni teinte violacée, ni transparence. Au toucher, consistance dure, parcheminée d'une lamelle osseuse; aucun point ramolli ou fluctuant. Douleurs sourdes, continues, lancinantes, et exacerbation nocturne; gêne légère de la mastication. Rien dans les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires.

8 *janvier*. — Anesthésie. La lèvre supérieure étant relevée, nous faisons, à l'aide du bistouri, une incision transversale à la surface de la tumeur gingivo-génienne. Cette incision comprend la fibro-muqueuse et la lamelle osseuse sous-jacente; elle donne issue à environ 25 grammes de liquide couleur chocolat dont la surface est émaillée de paillettes brillantes. Extraction des racines cariées, point de départ de l'affection. Ceci fait, à l'aide d'un trocart courbe, nous faisons la contre-ouverture du sinus. A cet effet, nous introduisons la pointe de l'instrument dans cette cavité par la narine droite et nous la faisons ressortir par l'incision gingivo-génienne : un drain est passé par cette voie.

La malade retourne chez elle; son médecin fera des lavages par le drain. — Nous avons appris sa guérison au bout de trois mois.

Obs. CCCLXXIII. — *Kyste du maxillaire supérieur. Drainage. Guérison.* — Madame Tacnet, quarante-deux ans, entrée le 7 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 43. Depuis quinze mois, odontalgies continues et sourdes, carie des première et deuxième molaires supérieures droites. Progressivement, elle a vu sa joue augmenter de volume avec sensation de gêne, de plénitude.

État actuel. — Saillie générale du sinus maxillaire; asymétrie de la face. Du côté du sillon gingivo-labial et en arrière de l'arcade dentaire, à la partie antérieure droite de la voûte palatine, on retrouve la tuméfaction due à la tumeur, qui fait de même saillie dans la fosse nasale correspondante; au toucher, on sent que la paroi du sinus est amincie, comme parcheminée, fracturée en plusieurs points, ce qui permet de constater une fluctuation profonde, uniforme. L'état général ne s'est pas modifié.

8 *janvier.* — Chloroforme. Extraction des dents cariées. Par l'alvéole de la deuxième molaire, un trocart pénètre facilement dans la tumeur, qui laisse aussitôt écouler une certaine quantité de liquide séreux, dans lequel se voient de nombreuses paillettes de cholestérine. — Un drain en caoutchouc est poussé dans le kyste, amené dans la cavité nasale droite, puis rentré dans le sinus, dont-il sort au niveau du sillon gingivo-labial. Les deux extrémités sont réunies à l'aide d'un fil. — Lavages fréquents.

Après huit jours, le drain est maintenu dans le kyste par un seul orifice; et le 23, guérison. Exéat.

Obs. CCCLXXIV. — *Tumeur ostéo-cartilagineuse du maxillaire supérieur, ayant envahi le sinus maxillaire gauche. Ablation de la tumeur. Guérison.* — Burgner (Jean), onze ans, écolier, entré le 1er juillet 1882, salle Saint-Augustin, n° 78. Pas d'hérédité. Lymphatisme. Adénite sous-maxillaire suppurée dans l'enfance. Il y a deux mois, odontalgies répétées dues à la carie des grosses molaires supérieures gauches. Un dentiste enleva les dents malades et des séquestres alvéolaires. Néanmoins une tumeur se développa dans le sillon gingivo-labial correspondant et ne tarda pas à faire saillie du côté de la joue. Les progrès de cette tumeur inquiètent les parents et les décident à amener leur fils à l'hôpital.

État actuel. — La joue gauche est déformée par une tumeur hémisphérique du volume d'une moitié d'orange, répondant au sinus maxillaire et étendue verticalement du sillon orbito-palpébral inférieur à la fosse canine, et transversalement du bord antérieur du masséter au sillon naso-jugal. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau ne présente aucune altération, elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est donc solide, de consistance osseuse et paraît recouverte par la paroi antérieure du sinus refoulée en dehors. Lorsque le malade ouvre la bouche, on voit

que les grosses molaires et la seconde petite molaire supérieures gauches ont disparu. La première petite molaire, la canine et les incisives sont en place et paraissent saines. Par les alvéoles vides font hernies des masses charnues rouges, mollasses, saignantes et baignées de pus; le stylet introduit dans les alvéoles conduit sur le maxillaire dénudé. La fibro-muqueuse gingivale est hypertrophiée et congestionnée. Dans le sillon gingivo-labial, au-dessus des portions malades, existe une tumeur allongée en forme de bourrelet, étendue de l'alvéole de la première grosse molaire à celui de la canine. Cette tumeur est recouverte par une muqueuse qui présente les mêmes altérations que les gencives; elle se continue avec la tumeur qui fait saillie du côté de la joue; sa consistance est analogue, osseuse : elle paraît développée aux dépens mêmes des alvéoles. Rien du côté de la voûte palatine. Rien du côté de la fosse nasale gauche. Pas d'exophthalmie. Douleurs sourdes, continues, lancinantes, gêne de la mastication. Pyorrhée alvéolaire.

1er *juillet.* — Anesthésie. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane, sur les ailes du nez et sur la sous-cloison. Éponges montées au fond du vestibule. Incision médiane et verticale de la lèvre supérieure et du dos du nez. Nous détachons les parties molles de la joue gauche afin de découvrir le sinus maxillaire. Nous en faisons sauter la paroi antérieure avec la gouge et le maillet et nous trouvons dans sa cavité une tumeur solide de consistance ostéo-cartilagineuse formée de plusieurs lobes. Cette tumeur emplit la cavité du sinus, refoule la paroi inférieure de l'orbite et la paroi interne du sinus; elle est très adhérente du côté des alvéoles aux dépens desquels elle s'est développée. Nous l'enlevons largement par voie de morcellement, ainsi que les parties qui nous paraissent douteuses, telles que la muqueuse du sinus, la paroi antérieure de cette cavité et tout le bord alvéolaire y compris la première petite molaire, qui offre des connexions intimes avec le tissu morbide. Compression des surfaces osseuses saignantes avec une éponge qui restera pendant vingt-quatre heures. Suture à l'aide de douze fils métalliques. — Pansement avec l'eau oxygénée.

A la coupe. — La tumeur est formée par un tissu blanc bleuâtre, criant sous le scalpel, ayant l'aspect et la consistance du cartilage; ce tissu renferme des noyaux crétacés, friables comme du plâtre. Les portions du maxillaire enlevées sont atteintes d'ostéite condensante et proliférante. Le périoste du maxillaire, la fibro-muqueuse gingivale et la muqueuse du sinus sont hypertrophiés.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. Réunion complète par première intention. On enlève les fils les quatrième et sixième jours. Lavages quotidiens par la bouche. — Guérison en un mois.

Obs. CCCLXXV. — *Sarcome myéloplaxique kystique du maxillaire supérieur. Résection de cet os. Guérison.* — Regnault (Adèle), cinquante ans, blanchisseuse, entre le 21 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents syphilitiques. Elle a été affectée, pendant plusieurs années, d'un lupus ulcéreux aujourd'hui guéri, qui a laissé de larges cicatrices superficielles et comme parcheminées, du front, des joues et du nez. Depuis septembre 1881, odontalgies répétées, localisées aux dents supérieures droites. Plusieurs dents se sont cariées. En même temps la joue droite a commencé à se tuméfier pendant qu'une tumeur se développait dans le sillon gingivo-labial supérieur droit. La tumeur fit des progrès rapides. La malade vint nous consulter : nous lui conseillâmes à ce moment de se faire extraire les dents malades, afin de savoir s'il ne s'agissait pas de quelque kyste d'origine dentaire. Cette opération et la ponction faite avec le thermo-cautère, dans un hôpital, n'ayant donné aucun éclaircissement sur la nature de la tumeur et ne s'opposant pas à son développement, nous conseillons à la malade de venir à l'hôpital.

État actuel. — La joue droite est déformée par une tuméfaction hémisphérique présentant le volume d'une moitié d'orange, étendue verticalement du sillon orbito-palpébral à la fosse canine et transversalement du bord antérieur du masséter à la pyramide nasale, le sillon naso-jugal est effacé, l'aile du nez correspondante aplatie et étalée. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau présente des cicatrices anciennes, superficielles, parcheminées, semblables à celles que l'on rencontre sur d'autres parties de la face, mais n'offrant aucun rapport avec la tumeur; il n'existe ni rougeur, ni œdème inflammatoire, ni vascularisation anormale. Lorsqu'on soulève la lèvre inférieure, on voit dans le sillon gingivo-labial une tumeur, allongée transversalement de la première grosse molaire à la canine, disposée en forme de bourrelet convexe. La muqueuse qui la recouvre n'offre d'autre altération que de la rougeur congestive. Au toucher la portion externe de la tumeur offre une consistance ferme, sarcomateuse, sans bruit de parchemin. Il y a de la fluctuation, surtout dans le sillon naso-jugal. La portion buccale est au contraire dure, de consistance manifestement osseuse, sauf à la périphérie où l'on sent que la tumeur est charnue, osseuse. L'exploration avec le stylet par les alvéoles vides ne fournit aucun renseignement. Pas d'exophthalmie. Refoulement de la paroi externe des fosses nasales, vers la cloison. Rien d'appréciable du côté de la voûte palatine. Douleurs sourdes, continues, lancinantes. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général peu satisfaisant. Anémie extrême. Émaciation, perte des forces.

24 *juin.* — Anesthésie. Incision exploratrice dans le sillon gingivo-labial. Nous perforons la paroi extérieure du sinus ; écoulement de 60 grammes d'un liquide séreux, transparent, jaunâtre. Nous introduisons facilement, par cette voie, l'index dans la cavité du sinus, et nous constatons la présence d'une tumeur solide offrant la consistance du sarcome. Nous nous décidons alors à faire l'ablation large de la masse morbide. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane, sur les ailes du nez et sur la sous-cloison. Incision médiane et verticale de la lèvre supérieure et du dos du nez, avec les ciseaux et le bistouri. Nous détachons alors les parties molles de la joue et nous les faisons relever par des aides, afin de mettre à nu la tumeur. Reconnaissant que celle-ci, développée aux dépens du périoste et de l'os, a envahi tout le maxillaire supérieur droit, ainsi que l'os malaire, nous sectionnons la branche montante du maxillaire supérieur. Nous la faisons basculer ainsi qu'une portion de la masse morbide à l'aide d'un fort davier et nous enlevons le reste par voie de morcellement. Le mal est beaucoup plus étendu qu'on l'avait supposé tout d'abord ; aussi, pour en dépasser les limites, sommes-nous obligé de réséquer non seulement les parois du sinus maxillaire et l'os malaire, mais encore les portions palatine et alvéolaire de la mâchoire avec les dents qu'elles supportent ainsi que la pituitaire qui tapisse la paroi interne de la fosse nasale droite. Toutes ces régions étaient très vasculaires ; nous avons employé trente-deux pinces pour faire l'hémostasie temporaire. Nous les enlevons au moment du pansement, et nous exerçons sur les surfaces saignantes une bonne compression à l'aide d'éponges qu'on laissera pendant vingt-quatre heures. — Suture à l'aide de douze fils métalliques. Pansement à l'eau oxygénée : ouate et compression.

A la coupe. — La tumeur présente l'aspect du sarcome fibro-plastique avec des points violacés très durs, à éléments myéloplaxiques. Il existe au centre un kyste imparfaitement cloisonné de la capacité d'un œuf de poule. La tumeur est développée aux dépens du périoste et des os.

26 *juin.* — T. 38° et 38°6. — Pas d'hémorrhagie.

29. — On enlève les fils. Réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie. Lavages quotidiens par la bouche.

20 *juillet.* — Guérison. — Exéat.

Obs. CCCLXXVI. — *Adéno-sarcome de la fosse nasale gauche et du sinus maxillaire correspondant. Ablation. Guérison.* — Donat (Alexandre), quarante-trois ans, employé de commerce, entre le 2 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Sujet pâle, anémique, d'apparence cachectique. Pas d'antécédents héréditaires. Syphilis en 1863. Symptôme de coryza chronique depuis dix ans. Il y a trois ans

extraction d'un petit polype de la fosse nasale gauche. Récidive rapide. Seconde extraction en mars 1880. Le malade dit qu'on ne put alors enlever toute la tumeur. A partir de ce moment, les phénomènes se sont exagérés, de plus, nasonnement, épiphora. Depuis dix jours, déformation croissante de la joue gauche. : dysphagie.

Etat actuel. — La joue gauche est déformée par une tuméfaction qui répond à toute l'étendue du maxillaire supérieur et n'en dépasse pas les limites. Cette tuméfaction efface les sillons orbito-palpébral inférieur et naso-jugal. En bas elle ne dépasse pas la commissure labiale, de sorte que toute la région du maxillaire inférieur est normale. La peau est lisse, unie, tendue, œdématiée : au centre de la joue, en un point qui correspond à la paroi antérieure du sinus maxillaire, on constate la présence d'un tissu morbide de consistance sarcomateuse et qui semble confondu avec les parties molles de la joue. En ce point la paroi osseuse du sinus paraît faire défaut ; par la pression, la masse morbide se déprime et est refoulée dans la cavité du sinus. Lorsqu'on examine les fosses nasales par les narines, on voit que la gauche est complètement obstruée par un tissu d'un rose vif, formé de lobes très mous au toucher, adhérents à la paroi externe de la fosse nasale, mais indépendants de la cloison. Celle-ci est refoulée à droite, mais libre; on glisse facilement un stylet entre elle et la tumeur. L'examen de l'orifice postérieur des fosses nasales à l'aide du toucher pharyngien montre de même que la cloison est libre et que la fosse nasale gauche est fermée par un bouchon de même nature que celui qu'on observe antérieurement. Lorsque le malade ouvre la bouche, on voit que la muqueuse est saine; mais, immédiatement en arrière de la voûte palatine, elle est fortement déprimée par un prolongement de la tumeur. Dans le sillon gingivo-labial, au niveau de la partie antérieure du sinus, existe un second prolongement appréciable à la vue et au toucher. Plusieurs dents font défaut, mais la fibro-muqueuse alvéolaire et les alvéoles sont sains. En écartant les paupières, on constate un léger degré d'exophthalmie de l'œil gauche appréciable surtout par comparaison avec l'œil du côté sain. L'œil n'est pas refoulé directement en avant, mais bien en haut et surtout en dehors. La moitié de la face et les cavités correspondantes sont normales. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. État général inquiétant : apparence cachectique. Pas de lésions viscérales.

5 *février*. — *Anesthésie*. — Position habituelle pour les opérations sur les maxillaires. Pincement préventif de la lèvre supérieure, des ailes du nez et de la sous-cloison. A l'aide des ciseaux et du bistouri, nous faisons une incision médiane et verticale, portant sur toute la hauteur de la lèvre supérieure et sur le dos du nez. Nous séparons les

os propres du nez avec une pince de Liston. Ceci fait, nous disséquons les parties molles de la joue, afin de mettre à découvert la fosse nasale gauche, la paroi antérieure du sinus et la tumeur. Cette dissection nous révèle que la tumeur adhère aux parties molles de la joue. Nous sommes donc obligé d'enlever les parties envahies, au delà des limites du mal. Une portion du muscle canin et des zygomatiques est ainsi sacrifiée. La joue ainsi détachée est maintenue relevée à l'aide de rétracteurs. Nous procédons par voie de morcellement avec des cuillers tranchantes à l'ablation de la tumeur en ménageant le plus longtemps possible le bouchon qu'elle forme à la partie postérieure des fosses nasales et qui empêche le sang de tomber dans les voies aériennes. La paroi antérieure du sinus a été détruite par un prolongement de la tumeur qui fait hernie à ce niveau. A l'aide de pinces coupantes, nous agrandissons cet orifice de façon à pénétrer largement dans le sinus. Celui-ci est rempli par un prolongement de la tumeur nasale qui a pénétré par l'orifice interne du sinus; mais les parois sont saines, sauf l'antérieure. Après avoir complètement débarrassé le sinus, nous reconnaissons qu'il existe un prolongement orbitaire. Nous poursuivons ce prolongement en nous ouvrant une voie à travers le plancher de l'orbite. Toute la paroi interne de cette cavité est envahie. Du côté de la fosse nasale nous enlevons, en même temps que la tumeur, la muqueuse des parois externe, inférieure et supérieure qui est dégénérée. Seule la muqueuse de la cloison est saine. Nous ruginons la lame criblée de l'ethmoïde. Les cellules ethmoïdales sont envahies, nous les détruisons. Après nous être assuré que nous avons dépassé les limites du mal en avant, nous enlevons largement le bouchon qui fermait la fosse nasale en arrière. L'opération terminée, nous comprimons pendant quelques minutes les surfaces osseuses, saignantes, avec une éponge; douze points de suture métallique. Pansement phéniqué.

A la coupe. — La tumeur est constituée par un tissu mou, grisâtre, vasculaire, offrant tous les caractères du sarcome embryoplastique.

7. — Nuit bonne. On enlève les pinces; le malade est gai et ne se plaint de rien.

8. — On enlève les sutures; la réunion par première intention est parfaite. Le malade demande instamment des aliments solides et la permission de fumer. On continue le pansement et les lavages.

10. — Diachylon simplement sur la cicatrice du nez.

20. — Il s'est produit à gauche sur la lèvre supérieure un bec-de-lièvre accidentel de 1 centimètre d'étendue environ, dû à une pince laissée trop longtemps pour l'hémostase préventive. — On avive avec des ciseaux les deux lèvres et on les réunit par deux points de suture entortillée qu'on enlève cinq jours après.

1er *mars.* — Exeat pour Vincennes. La cicatrice est à peine visible.

Le sillon naso-génien est très prononcé en haut et à gauche. Épiphora : encore un léger œdème de la paupière inférieure et une légère procidence de la joue du côté opéré. Cette joue, qui a été insensible les premiers jours, l'est beaucoup moins à la sortie. — La marche de la température et du pouls indique pour la fièvre traumatique une durée de quarante-huit heures le deuxième et le troisième jour après l'opération. Les plus hauts chiffres ont été 38°,5 et 95 pulsations, le soir du deuxième jour.

Obs. CCCLXXVII. — *Sarcome embryo-plastique ayant envahi le sinus maxillaire, les fosses nasales, l'orbite, l'os malaire et la voûte palatine. Ablation. Mort par méningo-encéphalite. Autopsie.* — Bastide (Jean), cinquante-quatre ans, forgeron, entre le 1er mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. Forte constitution. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a sept mois, sans causes connues, tuméfaction de l'angle externe de l'œil gauche. A partir de ce moment, développement progressif et rapide d'une tumeur qui envahit successivement les paupières et l'orbite, la base du nez il y a quatre mois, la fosse nasale gauche et la voûte palatine il y a un mois. Depuis, les régions génienne et malaire gauches se sont prises à leur tour. Bien que cette production ait seulement donné lieu à des troubles fonctionnels, légers, sans douleur, le malade effrayé se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — La moitié gauche de la face est déformée par une tumeur qui soulève les paupières supérieure et inférieure de manière à leur donner la forme et le volume de moitiés de grosses noix et la joue comme dans le cas de fluxion dentaire de moyenne intensité. Elle envoie des prolongements dans les régions temporale, sourcilière et frontale, à la racine du nez, elle efface les sillons sous-orbitaire, naso-jugal et celui de l'aile gauche du nez. L'orbite est envahi ainsi que le démontre un certain degré d'exophthalmie ; la fosse nasale gauche est obstruée. La voûte palatine est affaissée le long des arcades dentaires. Le voile du palais a conservé sa direction. La peau de la face, amincie et tendue, est rouge, luisante, adhérente au niveau de l'apophyse orbitaire externe, où a débuté le mal. Elle n'a pas subi d'altération de structure et a conservé sa mobilité dans les autres points. Les muqueuses conjonctivale, pituitaire et buccale sont congestionnées, rouges et plus vasculaires qu'à l'état normal dans tous les points où elles sont en rapport avec la tumeur. Celle-ci, dans les endroits où elle est accessible au toucher, offre la consistance charnue du sarcome embryo-plastique. Pas de troubles de la vision ; gêne de la respiration nasale, gêne de la mastication et de la déglutition. Indolence. Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont indurés et hypertrophiés. Rien du côté des viscères thoraciques et abdominaux. L'état général est encore satisfaisant.

Nous ne nous décidons à pratiquer l'opération que sur les instances réitérées du malade.

13 *mai.* — Chloroforme. Position demi-assise, habituelle. Hémostasie préventive. Incision qui divise sur la ligne médiane la lèvre supérieure et le dos du nez, puis nous détachons les parties molles de la joue et nous les faisons maintenir relevées par des aides. Ceci fait, nous enlevons l'incisive supérieure gauche : par son alvéole nous sectionnons la voûte palatine à l'aide de la scie circulaire du prolytritome et nous achevons la section avec des pinces de Liston. Nous luxons ensuite la portion alvéolaire du maxillaire supérieur avec un fort davier. Nous détachons de même la branche montante du maxillaire et la paroi inférieure de l'orbite. Pendant qu'un aide comprime les surfaces osseuses saignantes avec une éponge, nous enlevons successivement les parties molles de l'orbite y compris le globe de l'œil qui est de toutes parts environné par le tissu morbide, l'os malaire, ce qui reste du maxillaire supérieur jusqu'aux muscles ptérygoïdiens, et le prolongement nasal de la tumeur qui est surtout étendue du côté de l'ethmoïde. L'artère ptérygo-palatine donne beaucoup de sang ; nous parvenons à la saisir avec des pinces au sortir de son canal osseux : rugination du périoste orbitaire et ethmoïdal. Suture à l'aide de quinze fils métalliques. Pansement de Lister.

14. — Lavages phéniqués. Bon état général.

15. — Un peu d'affaissement. État comateux. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les organes thoraciques et abdominaux sont intacts.

Encéphale. — L'extraction du cerveau a été très difficile en raison des adhérences qui unissaient la dure-mère à la voûte du crâne. La dure-mère est épaisse, surtout près de la ligne médiane. Les sinus sont vides de sang. Pas de thrombose. La pie-mère est extrêmement vascularisée, surtout dans l'épaisseur des anfractuosités. La vascularisation est moindre au niveau de la surface des circonvolutions. En certains points, elle adhère au cerveau, si bien qu'en la détachant on enlève de petits lambeaux de substance cérébrale. En outre, le lobe frontal et le lobe sphénoïdal présentent du côté gauche un ramollissement très manifeste occupant toute l'épaisseur de la substance grise et 1 à 2 millimètres de la substance blanche ; ce ramollissement comprend toute la face inférieure du lobe frontal et le tiers antérieur des deux circonvolutions temporo-occipitales.

Obs. CCCLXXVIII. — *Sarcome du maxillaire supérieur gauche; dégénerescence des ganglions du cou. Opération impraticable.* — Ruffierlanche (Michel), trente-neuf ans, chapelier, entre le 3 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 13. Dans les premiers jours d'avril dernier, ce malade, qui jusque-là avait toujours eu une bonne santé, éprouva

des douleurs assez vives dans les gencives du côté gauche. Il se fit arracher deux dents sans soulagement. A cette époque déjà, le malade constata l'existence d'une tuméfaction petite et assez bien limitée au-dessous de l'apophyse malaire gauche.

19 *avril.* — Extraction d'une troisième dent; hémorrhagie considérable. A partir de cette époque, une tuméfaction de la joue se produisit et augmenta rapidement. Bientôt la partie supérieure gauche du cou se tuméfia aussi et devint très volumineuse.

26. — Un abcès s'y forma et s'ouvrit spontanément.

État actuel. — Tuméfaction considérable de la région malaire gauche, dure à la périphérie, molle au centre; coloration un peu violacée, due à l'existence de varices capillaires. Pas d'exophthalmie.

Nombreux ganglions hypertrophiés, durs, adhérant les uns aux autres, formant une chaîne non interrompue, depuis l'angle de la mâchoire gauche jusqu'à la clavicule du même côté, et surtout volumineux au niveau de la région parotidienne. Grande difficulté à ouvrir la bouche. On peut constater que le voile du palais est déprimé dans sa partie droite. Déglutition gênée. Douleurs vives. Insomnie. Salivation très abondante.

Pendant les quelques jours que le malade reste à l'hôpital, l'affection augmente rapidement, si bien que le 8 août la tumeur ne forme plus qu'une masse lobulée, allant du rebord orbitaire inférieur gauche jusqu'à la clavicule de ce côté. Cachexie. Pas d'opération possible. Exeat.

Obs. CCCLXXIX. — *Épithélioma glandulaire de la muqueuse pituitaire. Envahissement de l'orbite, des sinus maxillaire, ethmoïdaux et sphénoïdaux. Destruction de la lame criblée de l'ethmoïde et de la cloison des fosses nasales. Résection du maxillaire supérieur. Ablation de la tumeur. Guérison.* — Langin (Pierre), soixante-sept ans, menuisier, entre le 30 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 15. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Depuis environ deux ans il éprouvait dans la fosse nasale droite une sensation de gêne, de plénitude, non douloureuse, mais qui l'obligeait à respirer par la bouche ; lorsque, il y a quatre mois, se manifestèrent une sensation de compression dans l'orbite du même côté et un certain degré d'exophthalmie. Ces phénomènes se sont accentués progressivement. Dans les derniers temps, douleurs lancinantes dans la région maxillaire supérieure droite. Ces accidents décident le malade à venir à l'hôpital.

État actuel. — La moitié droite de la face présente des déformations constituées d'une part par une exophthalmie droite considérable et la tuméfaction de la paupière inférieure qui offre l'aspect d'un bourrelet du volume de l'index; d'autre part par le soulèvement et le refoulement en dehors de la face latérale et de l'aile du

nez du côté droit. Les sillons sous-orbitaire et naso-jugal sont en partie effacés. La peau ne présente ni rougeur inflammatoire, ni œdème, ni vascularisation anormale. Pas de déformation extérieure du sinus maxillaire. L'examen des fosses nasales par la vue, le spéculum nasi et le cathétérisme, démontre que la fosse nasale droite est complètement oblitérée par une tumeur rouge, ulcérée, fongueuse, saignante, molle, baignée de mucus ichoreux d'odeur fétide. Le stylet pénètre facilement dans ce tissu friable. La cloison déjetée à gauche est ramollie, réduite à une portion de sa muqueuse. En explorant l'arrière-cavité des fosses nasales, avec l'index introduit par la bouche, en arrière du voile du palais, on sent que la tumeur fait de ce côté une saillie considérable. Rien du côté du voile ou de la voûte du palais, des gencives et du sillon vestibulaire supérieur. Rien dans les ganglions. Pas d'autres troubles fonctionnels que les douleurs lancinantes, la gêne respiratoire et l'écoulement sanieux par la narine droite. Malgré l'exophthalmie, la vision est normale. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

7 *janvier*. — Le malade dans la position habituelle : nous administrons le chloroforme de manière que l'anesthésie soit complète au début de l'opération et qu'ensuite le malade recouvre la sensibilité pharyngo-laryngienne et puisse expulser, par voie d'expuition, les liquides qui tendraient à s'engager dans les voies aériennes. Précautions préventives habituelles. Incision médiane et verticale de la lèvre et du dos du nez avec le bistouri : seconde incision transversale dans le sillon sous-orbitaire et partant de la partie supérieure de la première. Nous détachons les parties molles de la joue et nous les relevons de façon à mettre à découvert la fosse nasale gauche et l'os maxillaire supérieur : puis, à l'aide de la scie du polytritome, nous faisons sauter la paroi antérieure du sinus et la luxons avec un fort davier. Cette cavité est remplie par un prolongement de la tumeur. Afin de rendre celle-ci tout à fait accessible nous faisons successivement sauter toutes les portions d'os qui la recouvrent. Nous sommes ainsi amené à détruire le bord inférieur et une partie du plancher de l'orbite. Nous enlevons alors le tissu morbide par voie de morcellement, en allant des couches superficielles aux couches profondes et en ménageant jusqu'au dernier moment la portion qui occupe l'arrière-cavité des fosses nasales et qui forme bouchon du côté du pharynx et des voies aériennes. Nous détruisons ainsi successivement, outre le prolongement qui comble l'antre d'Highmore, un prolongement orbitaire considérable, des prolongements qui pénètrent dans les cellules ethmoïdales et dans le sinus sphénoïdal ; ce dernier est rempli de mucus ichoreux. Nous détruisons toute la muqueuse pituitaire du côté droit, la portion cartilagineuse de la

cloison qui en certains points est complètement dégénérée. Nous ruginons la lame criblée de l'ethmoïde avec la plus grande précaution, mais cette lame osseuse étant elle-même envahie et ramollie, elle vient avec la muqueuse, de sorte que de ce côté les méninges sont à nu et laissent percevoir les battements du cerveau. Nous enlevons en dernier lieu la portion naso-pharyngienne et nous reconnaissons que les muscles ptérygoïdiens sont envahis ainsi que la tubérosité maxillaire. Nous sectionnons toutes ces parties. Des pinces sont appliquées sur l'artère sphéno-palatine. — Suture avec quinze fils métalliques : six seulement sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

La tumeur présente les caractères de l'épithélioma glandulaire.

8 *janvier*. — T. = 38°. P. = 100. On enlève les pinces. Injections antiseptiques.

10. — On enlève toutes les sutures. Réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie chirurgicale, sauf à l'angle supérieur, où existe un orifice insignifiant. Les jours suivants : continuation du pansement phéniqué et des injections plusieurs fois par jour dans la bouche. L'angle du nez seul ne va pas bien : l'orifice s'agrandit, et il y a sphacèle de la peau à ce niveau. La partie mortifiée représente un espace de 1 centimètre et demi carré et est éliminée complètement le lendemain 16 janvier.

15. — Le malade continue à aller bien. Pas le moindre mouvement fébrile. Les nuits sont bonnes. Alimentation soutenue : potages bouillons, lait; toniques : Todd, extrait de quinquina.

20. — Cicatrisation : le malade circule dans la salle depuis plusieurs jours. Il est obligé d'incliner la tête à gauche pour manger, à cause de l'absence de voûte palatine à droite.

25. — L'appétit est excellent, et les nuits sont bonnes. Un petit carré de diachylon obture la petite ouverture qui est à l'angle supérieur du nez. Alimentation aisée.

1er *février*. — Exéat.

Obs. CCCLXXX. — *Épithélioma de la fosse nasale gauche et du sinus maxillaire correspondant. Résection du maxillaire supérieur. Ablation des parties malades. Guérison.* — Deligny (Amand), cinquante-huit ans, employé, entre le 7 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Depuis six mois et demi, phénomènes de coryza et gêne de la respiration par les fosses nasales gauches. Il alla voir un médecin, qui pensa à un polype des fosses nasales et enleva une tumeur. Celle-ci récidiva rapidement et fut enlevée de nouveau. Le malade se rendit alors chez le Dr Fauvel, qui crut à une tumeur du sinus maxillaire avec prolongement nasal. Il y a trois mois et demi, déformation de la moitié gauche de la face : accroissement progressif.

État actuel. — La joue gauche est déformée par une tuméfaction qui reproduit en les exagérant la forme et les limites du sinus, sans empiéter sur les régions voisines. La peau à ce niveau est mince, tendue, luisante et présente une rougeur congestive et de l'œdème inflammatoire. Pas d'ulcération. Au toucher, consistance légèrement pâteuse, uniforme ; au niveau de la tuméfaction les os sous-jacents ont leurs caractères normaux. Pas de sensation parcheminée. Lorsque le malade ouvre la bouche, on voit que toutes les dents font défaut sur la moitié gauche du maxillaire supérieur ; à droite elles sont conservées, mais détériorées par la carie. La moitié gauche de la voûte palatine est déformée par des bosselures à la surface desquelles la fibro-muqueuse est tuméfiée et congestionnée. Pas d'ulcération. La fosse nasale gauche est en partie comblée par une masse polypeuse molle, fongueuse, saignante, baignée de pus et d'ichor fétide. Rien dans les ganglions ni dans les viscères thoraciques et abdominaux. Anémie. Pas de cachexie.

12. — Chloroforme. Incision exploratrice et trépanation du sinus maxillaire dans le sillon gingivo-génien. Le sinus est rempli par une tumeur de mauvaise nature. Hémostasie préventive sur la lèvre supérieure, la sous-cloison et les ailes du nez. A l'aide des ciseaux et du bistouri, incision médiane et verticale de la lèvre supérieure et du dos du nez. Résection du maxillaire supérieur gauche. Ceci fait, nous enlevons les prolongements par voie de morcellement. Ces prolongements sont nombreux et importants. D'une part la muqueuse qui tapisse les parois de la fosse nasale gauche est complètement dégénérée et doit être sacrifiée. D'autre part, la paroi supérieure du sinus maxillaire qui forme le plancher de l'orbite, ainsi que la portion antérieure de l'os malaire, sont envahies ; nous ruginons la face inférieure du plancher de l'orbite, et à l'aide de la fraise du polytritome, de la gouge et du maillet, nous isolons par un cercle de trépanation et nous enlevons largement toute la portion malade de l'os malaire. Enfin nous poursuivons un dernier prolongement qui occupe la paroi latérale gauche de la portion nasale du pharynx ainsi que le voile du palais. Suture à l'aide de treize fils métalliques. Pansement phéniqué.

L'*examen macroscopique* de la pièce montre qu'il s'agit bien d'une tumeur épithéliale du sinus maxillaire. Cette cavité était en partie comblée par le tissu morbide baigné de pus.

13. — On enlève les pinces. Pas d'hémorrhagie.

14. — Les points de suture et la ligne d'incision suppurent superficiellement en quelques points ; on ôte les points de suture excepté celui du bout du nez et celui de la lèvre supérieure.

15. — On ôte les dernières sutures. Injections nasale et buccale. La déglutition est difficile, le malade mange cependant bien des soupes.

8 *mars*. — Le malade sort, conservant seulement de l'œdème de la paupière inférieure gauche. La cicatrice est imperceptible.

Obs. CCCLXXXI. — *Epithélioma de la voûte palatine et des fosses nasales. Résection du maxillaire supérieur. Guérison.* — Pinsonnat (Victor), soixante-deux ans, bourrelier, entre le 9 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a dix ans, il remarqua, immédiatement à gauche du raphé médian de la voûte palatine, une tumeur du volume d'un pois, molle et indolente. Excision. Cautérisations consécutives au chlorure de zinc. Guérison qui se maintient pendant huit ans. A cette époque, c'est-à-dire il y a deux ans, récidive. La tumeur s'étendit rapidement au bord alvéolaire du maxillaire supérieur et les dents tombèrent une à une. Bientôt survinrent des ulcérations qui donnèrent lieu à des hémorrhagies répétées. Affaiblissement, anémie.

État actuel. — La moitié gauche du palais est le siège d'une tumeur qui occupe en avant et en dehors toute l'épaisseur des gencives et déborde dans le sillon gingivo-labial. Les dents font défaut, de ce côté, sauf la première petite molaire. En arrière la tumeur s'étend jusqu'au voile du palais et vers la tubérosité maxillaire gauche. En dedans elle atteint la ligne médiane, sans la dépasser. Sa surface irrégulière, bosselée, anfractueuse est hérissée de fongosités papilliformes, mollasses et saignantes, ulcérées par places. Le centre offre une coloration rouge qui devient violacée au voisinage des bords. Lorsqu'on enfonce un stylet dans les alvéoles dépourvus de dents et au centre des ulcérations palatines, on sent que le maxillaire gauche est ramolli, friable, envahi par le tissu morbide. En aucun point on ne peut pénétrer dans le sinus maxillaire. Du côté des fosses nasales, la muqueuse du plancher est rouge, congestionnée et légèrement soulevée à gauche, mais ne présente ni saillies anormales ni ulcérations. Les autres parois de cette cavité paraissent saines. Pas de déformation extérieure de la face. Rien dans les ganglions sous-maxillaires. Indolence, gêne de la mastication. Anémie extrême et aspect cachectique dus aux hémorrhagies répétées qui se font par les ulcérations. Rien dans les organes thoraciques ou abdominaux. Nous avons affaire à un épithélioma de la voûte palatine étendu aux régions voisines.

12 *février*. — Chloroforme. Résection du maxillaire supérieur suivant notre procédé habituel. Nous poursuivons ensuite les prolongements, par voie de dissection et de morcellement, en ayant soin de dépasser les limites du mal. Suture à l'aide de douze fils métalliques ; pansement phéniqué.

L'*examen macroscopique* de la pièce nous démontre que le tissu morbide avait envahi toute l'épaisseur de la portion osseuse du palais, le bord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche, les parois

du sinus dans leur tiers inférieur. La muqueuse qui tapissait cette portion du sinus était en voie de dégénérescence épithéliale ainsi que celle de la paroi inférieure des fosses nasales.

13. — Nuit bonne. Le malade souffre peu. On enlève les pinces et les éponges. Injections phéniquées par la narine gauche. — Pansement, sulfate de quinine 1 gramme.

14. — Nuit bonne, peu de fièvre, 38°5. Appétit. On continue les injections deux fois par jour, le pansement et le sulfate de quinine.

15. — La respiration, d'abord gênée, est devenue plus facile, bon état général et local, on enlève la plupart des sutures.

17. — On enlève le reste des sutures. — Les jours suivants l'état général et local va de mieux en mieux, la température, qui s'est élevée le lendemain de l'opération à 39°, est revenue régulièrement en trois jours à la normale qu'elle ne quitte plus ; à peine note-t-on une légère augmentation de 4 à 5 dixièmes de degré le soir, l'écoulement purulent qui obstruait d'abord la narine diminue notablement. Même traitement.

28. — La cicatrice est à peine apparente au dehors et la face très peu déformée, épiphora du côté opéré. Nasonnement très prononcé, à l'intérieur la cicatrisation semble aux trois quarts achevée. Exeat.

Obs. CCCLXXXII. — *Kyste suppuré du maxillaire inférieur consécutif à une périostite de la canine inférieure gauche. Guérison.* — Besson, trente-cinq ans, cordonnier, entre le 29 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 9. Pas d'hérédité, pas d'antécédents tuberculeux, scrofuleux ou syphilitiques. Il y a dix ans, à la suite d'odontalgies et de carie dentaire, un abcès se forma du côté de la bouche ; il s'ouvrit dans cette cavité. L'an dernier, en mai 1880, nouvel abcès, qui cette fois resta fistuleux. Depuis cette époque suppuration continue, avec alternatives de gonflement. Dernièrement le malade est venu nous trouver au moment d'une poussée aiguë. Il existait alors au niveau de la moitié gauche du corps du maxillaire inférieur une tuméfaction considérable, s'étendant de ce point dans les régions voisines. En haut elle remontait jusqu'au sommet de l'os malaire ; en bas elle dépassait l'os hyoïde, en avant se prolongeait au delà de la symphyse, et en arrière atteignait l'angle de la mâchoire. La peau était lisse, unie, tendue, de coloration rosée, chaude au toucher. Celui-ci démontrait que le centre de la tuméfaction, répondant au corps du maxillaire, était le siège d'une collection liquide, limitée et manifestement fluctuante. Dans les régions voisines, au contraire, le gonflement était dû à de l'œdème inflammatoire. La bouche étant ouverte, on remarquait que la fibro-muqueuse gingivale gauche inférieure ainsi que celle du sillon gingivo-labial correspondant étaient de même enflammées. Du côté du vestibule de la bouche, une incision nous permit d'introduire un trocart courbe que nous fîmes ressortir du

côté de la peau, par une contre-ouverture pratiquée au voisinage de la mâchoire. Nous passâmes ensuite un tube à drainage dont les deux extrémités furent réunies à l'aide d'un fil. Une suppuration abondante s'établit par cette voie et consécutivement l'œdème de la joue et des parties molles du cou diminua considérablement.

État actuel. — La fluctuation a disparu, la tuméfaction se limite actuellement à la moitié gauche du maxillaire inférieur, en un point qui répond aux deux petites molaires. Au toucher consistance dure, lardacée, indiquant l'hypertrophie et l'induration du périoste et des parties molles de la joue. Lorsque la bouche est ouverte, on voit que du côté malade la seconde grosse molaire inférieure a été enlevée; la canine n'est pas apparente. Les deux petites molaires et la première grosse molaire sont en place et paraissent saines. Pas d'ulcération ou de fongosités gingivales. Un stylet introduit dans les alvéoles privées de dents montre que ces cavités sont tapissées par le périoste alvéolaire, et ne permettent en aucun point d'arriver sur un os dénudé et malade. Le mal semble plus profondément situé au niveau du bord inférieur de l'os. Pas de sensation de parchemin. Rien dans les ganglions sous-maxillaires ou parotidiens. Douleurs sourdes, continues, à exacerbations nocturnes. Gêne de la mastication. État général très satisfaisant.

29 *janvier.* — Anesthésie. Nous enlevons le tube à drainage. Afin de parvenir sur le foyer morbide, nous faisons à l'aide du bistouri au niveau du bord inférieur du corps du maxillaire, en un point qui répond aux racines de la canine et des petites molaires, une incision de 4 centimètres qui comprend toutes les parties molles, jusqu'au périoste. Cette membrane est manifestement enflammée, ramollie et hypertrophiée, mais en aucun point elle ne laisse l'os à nu. Pendant que des aides écartent les bords de la plaie avec des rétracteurs, nous incisons le périoste et nous le décollons avec la rugine, ce qui est facile en raison de son peu d'adhérence. Au-dessous l'os est le siège d'ostéite raréfiante avec tendance à la nécrose. Nous évidons toutes les parties osseuses ramollies avec la gouge concave et nous arrivons ainsi jusqu'à la racine de la première petite molaire. Le sommet de celle-ci est atteint de carie, bien que la couronne paraisse absolument saine. Nous l'enlevons avec une langue de carpe, à partir du fond de son alvéole on trouve dans le corps de l'os une cavité kystique pleine de pus et tapissée par une membrane couverte de bourgeons charnus. La direction du kyste est transversale et son étendue mesure 3 centimètres dans le sens transversal, et 2 centimètres d'épaisseur. Nous évacuons le pus et nous ruginons avec soin les parois de cette cavité intra-osseuse afin de ne pas laisser de bourgeons charnus. Les limites du mal étant dépassées, nous introduisons au centre de l'os un tube à drainage qui sort par la plaie, à

la partie déclive et qui facilitera l'écoulement du pus et les lavages. — Pansement phéniqué. Éponge dans la cavité.

Examen de la canine enlevée. — Périoste enflammé, cément raréfié, adhérence du sommet de la racine avec les parois du kyste, dans lequel elle faisait saillie.

30. — Gonflement de la région. Injection phéniquée dans la plaie.

31. — Le gonflement diminue. Pansement et injection.

1er *février*. — L'éponge est retirée. Les lavages sont continués. Bourrage quotidien de la cavité avec de la charpie phéniquée.

6. — Le gonflement a presque entièrement disparu. La suppuration est peu abondante. Le malade va très bien.

14. — Variole légère. Passage dans le service spécial.

21. — Le malade rentre dans le service. L'orifice conduisant à la cavité osseuse se trouve très rétréci, la dilatation n'ayant pu être continuée pendant le cours de la variole. Une éponge préparée est introduite dans l'orifice et le dilate parfaitement en vingt heures, on continue les pansements, et le 9 mars le malade sort avec un trajet insignifiant et en voie de cicatrisation.

Obs. CCCLXXXIII. — *Kystes dentaires développés dans l'épaisseur des maxillaires supérieur et inférieur du côté gauche. Ponction, évacuation du liquide. Guérison.* — Coureau (Jean), dix-huit ans, maçon, entre le 17 novembre 1882, n° 16, salle Sainte-Marthe. Il dit que son grand-père a eu des tumeurs des mâchoires qui ont duré longtemps. Scrofule, gourme et adénites chroniques dans l'enfance.

Il y a trois ans les molaires inférieures gauches sont devenues le siège de carie, quelques mois plus tard les molaires supérieures du même côté se sont prises à leur tour. Pendant l'évolution de la carie dentaire la moitié gauche du corps du maxillaire inférieur devint le siège d'une tumeur qui fit des progrès incessants. Il y a dix-huit mois une seconde tumeur a commencé à se développer dans le maxillaire supérieur correspondant. Il y a huit jours, le malade est allé à l'École dentaire, où l'on a enlevé les dents malades. L'avulsion a provoqué, aussi bien du côté du maxillaire inférieur que du côté du maxillaire supérieur, l'issue d'un liquide chargé de nombreux cristaux de cholestérine. Même volume des tumeurs.

État actuel. — La moitié gauche de la face est déformée par la tuméfaction des deux maxillaires. Le maxillaire inférieur est le siège d'une tumeur arrondie, globuleuse, du volume d'une orange, occupant le corps de l'os dans toute sa hauteur depuis la première petite molaire jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire. La surface est lisse, unie, sans bosselures apparentes. La peau amincie, tendue, ne présente ni rougeur inflammatoire, ni œdème, ni vascularisation anormale, elle glisse facilement à la surface de la tumeur. Lorsqu'on ouvre la bouche on voit que les trois dernières molaires font défaut

alors que la dent de sagesse est visible à la partie la plus reculée de l'arcade dentaire. Les alvéoles libres laissent continuellement écouler un liquide séro-purulent ; ils donnent accès dans le centre de la tumeur. Un stylet introduit par cette voie explore une cavité à parois osseuses revêtues d'une membrane hypertrophiée et fongueuse. Nulle part on ne sent dans cette cavité de tumeur proprement dite. Les deux faces du maxillaire sont également saillantes, et les lames compactes externe et interne ont été en même temps refoulées, par pression excentrique. Toutes ces parties sont dures, solides, de consistance osseuse, sans point ramolli, fluctuant ou parcheminé. La tumeur de la mâchoire supérieure a le volume d'une mandarine, elle occupe l'emplacement du sinus maxillaire et empiète sur la fosse canine. Le sillon naso-jugal et celui de l'aile du nez sont effacés. La peau est lisse, unie, tendue, sans bosselures, elle ne présente aucun symptôme inflammatoire et a conservé sa mobilité à la surface de la tumeur. Lorsqu'on ouvre la bouche on voit que la tumeur fait saillie dans le sillon vestibulaire au-dessous de la muqueuse légèrement congestionnée. La seconde petite et la première grosse molaires font défaut. Leurs alvéoles vides laissent écouler un liquide séro-purulent et donnent accès dans la cavité du sinus. L'exploration avec le stylet montre que cette cavité est libre et tapissée par une membrane mince, non végétante. Au toucher, la paroi antérieure du sinus donne une sensation de parchemin qui indique que la lame osseuse a été fracturée. Indolence. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaire. État général satisfaisant.

25 *novembre.* — Anesthésie. Après avoir écarté les mâchoires avec l'instrument de Lüer, nous faisons dans le sillon vestibulaire supérieur, à l'aide du bistouri, une incision qui traverse la tumeur dans sa portion alvéolaire. Nous trouvons une résistance considérable, car la paroi osseuse du kyste est plus épaisse que dans les kystes du sinus maxillaire. Immédiatement issue d'un liquide séro-purulent chargé de paillettes de cholestérine. Nous agrandissons l'ouverture avec la pince coupante à emporte-pièce et nous explorons les parois de la cavité avec l'index. Il nous est alors facile de constater que ces parois sont tapissées par une membrane propre, lisse, unie, sans bosselures et qu'il n'existe aucune tumeur.

Nous ouvrons de la même façon la tumeur inférieure un peu audessus du sillon vestibulaire et nous trouvons une résistance plus grande encore à l'introduction du bistouri, ce qui tient à la dureté des parois osseuses du kyste en ce point. Nous explorons la cavité intra-osseuse et nous constatons qu'il s'agit bien, à la mâchoire inférieure comme à la supérieure, d'un simple kyste dentaire. Les ouvertures que nous avons pratiquées sont suffisantes pour assurer l'écoulement du liquide et permettre les lavages.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. Alimentation liquide.

11 *décembre.* — Les deux tumeurs diminuent sensiblement. Suppuration abondante. État excellent. — Lavages fréquents. Le malade se lève, il mange et dort bien. — La guérison fut longue à obtenir, mais s'effectua progressivement et complètement. Le kyste du maxillaire supérieur s'effaça le premier; la paroi antérieure du sinus, qui avait été refoulée en avant et fracturée par le travail d'expansion du kyste, revint peu à peu sur elle-même et reprit ses rapports normaux. Du côté du maxillaire inférieur, où il n'existait pas de fracture, s'effectua un travail de résorption osseuse des plus intéressants. A mesure que la cavité kystique diminuait et se comblait par du tissu fibreux, la partie saillante des lames compactes du maxillaire se résorbait et s'effaçait. Le malade quitta le service avant la guérison définitive ; mais nous sûmes que l'année suivante les tumeurs avaient complètement disparu et que la face avait repris sa régularité et sa symétrie.

Obs. CCCLXXXIV. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de la branche montante du maxillaire inférieur chez un sujet de vingt-deux ans. Ablation par morcellement. Guerison.* — Maillard (Julien), vingt-deux ans, garçon de bureau, entre le 4 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 14. Sujet fortement constitué. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. Il y a deux ans, sans causes connues, il remarqua, à la partie moyenne de la branche montante du maxillaire inférieur, du côté droit, une tumeur du volume d'une amande, dure, solide, adhérente par sa face profonde, sans rapports avec la peau, indolente. L'application de diverses pommades et de révulsifs, l'emploi de flèches d'iris, introduites dans la direction de la masse morbide par des incisions, n'ont amené aucun résultat.

Etat actuel. — La région parotidienne droite est déformée par une tumeur étendue verticalement du conduit auditif à l'angle de la mâchoire, et transversalement du bord postérieur de la branche montante du maxillaire à une ligne verticale qui passerait par le milieu du sterno-mastoïdien. Sa forme et son volume sont ceux d'un œuf de poule. Sa surface est lisse et unie, sans bosselures apparentes, la peau est saine. Au toucher la tumeur paraît située au-dessous de l'aponévrose qui unit le bord antérieur du sterno-mastoïdien à l'angle de la mâchoire, sa consistance est dure, solide, osseuse. La surface est lisse et unie dans la moitié antérieure, elle est recouverte d'irrégularités comparables à celles d'un chou-fleur dans la moitié postérieure. Lorsqu'on essaye de préciser les rapports, on constate que les téguments sont indépendants, que le bord antérieur du sterno-mastoïdien est refoulé en arrière, que la parotide, soulevée, recouvre une partie de la tumeur, que celle-ci adhère au bord posté-

rieur de la branche montante du maxillaire dont elle suit tous les mouvements. Indolence. Pas de phénomènes de compression nerveuse ou vasculaire. Rien dans les ganglions. État général excellent.

11 *novembre.* — Anesthésie. — A l'aide du bistouri, nous faisons, au-dessous du lobule de l'oreille, une incision en λ dont les deux branches descendent jusqu'au bord inférieur du maxillaire et comprennent toute l'épaisseur de la peau et de l'aponévrose. Dès que le débridement est effectué nous voyons faire hernie au dehors une masse que nous reconnaissons être la parotide saine, mais plus vasculaire qu'à l'état normal; nous faisons rétracter les lèvres de la plaie, nous refoulons la parotide en arrière et nous mettons à découvert une tumeur ostéo-cartilagineuse qui dépend, comme nous l'avions prévu, de la branche montante du maxillaire et dont l'implantation est très profonde. Afin de la rendre plus accessible, nous sommes obligés d'enlever une portion de la parotide par le procédé de morcellement. Lorsque le pédicule est visible au fond de la plaie, nous essayons de le couper avec la gouge et le maillet, mais l'os est tellement éburné que l'instrument n'a sur lui aucune prise. Nous avons alors recours à la scie circulaire du polytritome, et après avoir entamé l'os de cette façon, nous reprenons le maillet et la gouge en ayant soin de maintenir cet instrument pour éviter tout délabrement. Quand la section du pédicule nous paraît assez avancée, nous essayons de luxer la tumeur à l'aide d'un fort davier; mais nous n'obtenons par ce moyen qu'une portion de l'exostose. Dans ces conditions, nous continuons à l'enlever, par voie de morcellement, jusqu'à ce qu'il ne reste plus trace des parties exubérantes. Nous évidons ensuite largement la surface d'implantation. Nous avons pu éviter les vaisseaux et nerfs importants de la région. Huit pinces ont suffi pour faire l'hémostase. L'opération terminée, comme la profondeur de la plaie pourrait favoriser la rétention des liquides, nous faisons à la partie moyenne une incision libératrice qui se dirige en arrière vers les parties déclives : drain : suture à l'aide de dix fils métalliques. — Pansement à l'eau oxygénée et compression ouatée.

L'*examen de la pièce* montre qu'il s'agit bien d'une exostose ostéo-cartilagineuse. La couche chondromateuse est superficielle et peu bosselée. La couche osseuse sous-jacente est molle, le centre est au contraire dur, éburné.

Pendant quatre jours la température oscille entre 37°8 et 39°, puis redevient normale. On enlève les fils le cinquième jour : réunion par première intention, sauf au niveau de l'orifice de sortie du drain. Suppuration modérée.

27. — Le malade se promène dans la salle. Il n'a pas de paralysie faciale. Suppuration presque tarie.

2 *décembre.* — On enlève le drain. Suppuration tarie. Plaie insignifiante.

5. — Le malade sort guéri. Aucun trouble fonctionnel.

Obs. CCCLXXXV. — *Tumeur myéloplaxique du maxillaire inférieur. Ablation avec le bistouri.* — Poulain, trente-cinq ans, mouleur en bronze, se présente à la clinique du 30 avril 1881. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a dix ans, il remarqua sur la face labiale de la gencive, au niveau de la seconde petite molaire inférieure droite, une tumeur du volume d'un grain de blé, dure, solide, douloureuse spontanément et à la pression. Cette production fit des progrès lents en devenant de plus en plus douloureuse. Depuis un mois, les douleurs sont intolérables.

État actuel. — Lorsque la bouche est fermée on remarque que la moitié droite de la lèvre inférieure et la partie correspondante de la joue sont soulevées comme si le malade portait un corps étranger dans le vestibule. Si on fait ouvrir la bouche et que l'on attire en bas et en avant la commissure labiale droite, on voit que cette déformation est due à une tumeur développée sur la face externe des gencives, ayant le volume et la forme d'une grosse amande; étendue transversalement de la canine inférieure droite à la première grosse molaire du même côté et occupant verticalement tout l'espace qui s'étend du fond du sillon vestibulaire au bord libre des gencives qu'elle dépasse légèrement de manière à masquer le collet des petites molaires. La surface lisse, unie, convexe, offre une coloration violacée qui rappelle celle des tumeurs myéloplaxiques; elle est recouverte par la muqueuse gingivale amincie, mais non ulcérée. Au toucher, consistance dure, solide, fibreuse par place, crétacée dans d'autres points. La tumeur paraît adhérente au périoste du maxillaire par sa face profonde. Pas de carie dentaire. Rien dans les ganglions. Douleurs vives, lancinantes, exaspérées par la pression et présentant des paroxyxmes nocturnes qui réveillent le malade. État général satisfaisant.

30 *avril.* — Pas d'anesthésie. A l'aide d'une spatule, nous coupons la gencive à un demi-centimètre au pourtour de la tumeur, que nous détachons ensuite par sa face profonde. Celle-ci étant manifestement confondue avec le périoste, nous enlevons cette membrane et nous ruginons l'os dans toute l'étendue de la surface d'implantation. Hémorrhagie en nappe légère, arrêtée par la compression exercée à l'aide d'une éponge pendant une demi-heure. — Pansement phéniqué. Le malade retourne chez lui. Il n'a pas été revu.

Examen. — A. *Macroscopique.* — Sur une coupe on reconnaît que la teinte myéloplaxique s'étend à toute l'épaisseur de la masse morbide dont la trame est manifestement formée par des tractus fibreux. Les couches profondes sont infiltrées de sels calcaires.

B. *Histologique.* — Tumeur à myéloplaxes : 1° cellules géantes à noyaux multiples ; 2° noyaux libres. Cellules fusiformes. Points d'ossification. Fibro-sarcome ossifiant de certains auteurs.

Obs. CCCLXXXVI. — *Tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur. Résection de la moitié droite du corps de cet os.* — Hadrot (Julia) se présente le 18 novembre 1882 à notre clinique. Sa mère a une tumeur du cou. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Souffre depuis plusieurs années de carie dentaire. Il y a deux mois elle fit enlever la première grosse molaire inférieure droite qui occasionnait des crises odontalgiques; trois semaines plus tard la seconde petite molaire, qui était saine, s'ébranla et tomba d'elle-même, sans présenter de lésion. Peu après apparut dans les alvéoles vides une tumeur : progrès rapides.

État actuel. — Pas de déformation extérieure du côté de la mâchoire. Lorsque la bouche est ouverte, on voit que la moitié droite du corps du maxillaire inférieur est le siège d'une tumeur du volume d'une grosse noix étendue de l'incisive latérale droite à la seconde grosse molaire du même côté, dépassant la surface triturante des dents et s'enfonçant profondément du côté des alvéoles. La surface est bosselée, végétante, de coloration lie de vin et laisse continuellement écouler un liquide séro-purulent d'odeur fétide. La muqueuse gingivale qui la recouvre est dégénérée, plus vasculaire que celle des régions voisines, elle est ulcérée à la surface de la tumeur, et sou levée par elle dans le sillon gingivo-labial. Au toucher, la production morbide est solide, de consistance ferme, élastique, charnue, rappelant celle de certaines tumeurs à myéloplaxes, il n'existe aucun point ramolli ou fluctuant. L'exploration avec les doigts montre qu'elle occupe toute la hauteur du corps du maxillaire depuis le bord alvéolaire où elle fait saillie, jusqu'au bord inférieur dont il ne reste que 2 millimètres d'épaisseur. Les deux petites et la première grosse molaires inférieures droites font défaut, les autres grosses molaires du même côté sont atteintes de carie avancée.

Douleurs sourdes, continues, lancinantes, peu intenses. Ptyalisme abondant. Fétidité de l'haleine, gêne de la mastication et de la phonation. Rien dans les ganglions sous-maxillaires et dans ceux des autres régions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général encore satisfaisant.

18 *novembre*. — Anesthésie. La malade étant couchée sur notre lit d'opération, dans le décubitus dorsal, la tête soulevée par des coussins, nous pratiquons la résection de la moitié droite du corps de la mâchoire suivant notre procédé habituel.

L'examen de la pièce nous montrant que nous n'avons pas dépassé les limites du mal du côté de l'angle de la mâchoire, nous faisons une nouvelle section allant jusqu'à cet angle et passant cette fois au

milieu d'un tissu osseux normal. Suture à l'aide de huit fils métalliques. Drain. — Pansement avec l'eau oxygénée. Compression ouatée.

L'*examen de la pièce anatomique* montre que la tumeur a détruit le corps de la mâchoire dans toute sa hauteur au niveau de la face externe, dans la moitié de sa hauteur au niveau de la face interne. Elle envoie des prolongements dans le tissu spongieux jusqu'à 2 centimètres des points sur lesquels a porté la résection.

A la coupe le tissu est lie de vin, uniformément et finement granuleux, sans trace de cloison ni de kystes; il est vasculaire et rappelle les caractères des tumeurs myéloplaxiques.

Le lendemain de l'opération, la malade retourne chez elle, où elle sera soignée par son médecin. — Nous apprîmes ultérieurement que les suites de l'opération avaient été des plus favorables.

Obs. CCCLXXXVII. — *Volumineux sarcome mixte de l'omoplate gauche recouvrant les deux faces de l'os. Ablation de la tumeur, de la plus grande partie du scapulum et des muscles périphériques* (pièce n° 561 de notre collection). *Récidive dans les ganglions axillaires; seconde opération. Guérison.* — Laurence (Marie), vingt-six ans, domestique, entre le 2 mars 1882, n° 37, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. En février 1881, sans causes connues, elle commença à éprouver des douleurs dans la région scapulaire postérieure gauche et constata que cette région était le siège d'une tumeur. Un médecin consulté déclara qu'il s'agissait d'un abcès froid. Les phénomènes s'accentuèrent progressivement jusque il y a cinq mois. A partir de cette époque, la tumeur se développa avec une rapidité extrême; en même temps les douleurs s'irradièrent dans le membre supérieur gauche et s'accompagnèrent de fourmillements.

État actuel. — La région scapulaire gauche est déformée par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, ovoïde, à grosse extrémité supérieure, étendue de la fosse sus-épineuse à l'angle inférieur de l'omoplate. La surface est convexe, lisse et unie, sans bosselures apparentes. La peau ne présente pas d'altération, ni de changement de coloration; ni vascularisation anormale ni œdème. Au toucher elle a conservé la mobilité de la surface des muscles. Ceux-ci semblent sains, ils sont soulevés en masses et se contractent à la surface de la tumeur. Celle-ci est profondément située; elle paraît faire corps avec l'omoplate dont elle suit tous les déplacements. Il est difficile de constater sa consistance, par suite de sa situation profonde, toutefois elle ne présente pas de fluctuation et offre une élasticité qui rappelle celle de certains sarcomes. Du côté de l'aisselle on sent au niveau de la paroi postérieure un soulèvement qui offre de même la consistance du sarcome; il semble que la tumeur s'étende à la face antérieure de l'omoplate et refoule le muscle sous-scapu-

laire. Le pouls radial, plus petit et plus faible de ce côté que du côté opposé, indique que l'artère humérale est comprimée. Fourmillements et douleurs irradiées à toutes les branches du plexus brachial et au cou. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont limités et douloureux. L'examen de cette articulation par le palper et les mouvements provoqués montre qu'il existe un prolongement du tissu morbide intra-articulaire. Rien dans les ganglions. État général satisfaisant.

11 *mars*. — Chloroforme. — A l'aide du bistouri, nous faisons au niveau du bord inférieur de la tumeur une incision semi-elliptique, concave en haut, comprenant successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose et le grand dorsal. Des pinces hémostatiques placées sur les lèvres de la plaie servent en même temps de rétracteurs. Nous détachons alors ces tissus par leur face profonde afin de les relever. Lorsque la tumeur est à découvert, nous la coupons transversalement dans toute son épaisseur et nous l'enlevons par voie de morcellement en rasant le périoste avec une rugine coupante. Lorsque la portion superficielle de la masse morbide est enlevée nous constatons que le périoste et l'os sont dégénérés, au point qu'il est impossible de les conserver. Les muscles périphériques à leur insertion scapulaire sont de même envahis et doivent être sacrifiés. Nous détachons donc largement avec la rugine muscles et périoste, puis avec la scie du polytritome nous faisons sur l'omoplate une première section transversale qui détache tout l'angle inférieur. Saisissant alors ce fragment avec un fort davier, nous le luxons, en essayant de conserver le périoste de la face profonde. Malheureusement nous reconnaissons, à ce moment, que la tumeur recouvre aussi bien cette face profonde que la face postérieure, et que même la portion principale de la masse morbide occupe la fosse sous-scapulaire. A l'aide de la scie du polytritome et du davier, nous continuons donc à enlever l'omoplate par morceaux jusqu'à ce que nous ayons dépassé les limites du mal. Ceci nous conduit à faire l'ablation de tout le corps de cet os, de son épine et d'une partie de son angle supérieur et externe. Un prolongement important s'engageait de ce côté dans la cavité articulaire. Outre les portions de muscles postérieures que nous avons dû détruire, nous sommes obligé de sacrifier le muscle sous-scapulaire qui est complètement envahi. Heureusement la bourse séreuse sous-scapulaire est saine et nous pouvons la ménager. Trente pinces hémostatiques ont été appliquées pendant l'opération. Ligatures au catgut. Drainage, suture avec quatorze fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté, compressif.

Sur une coupe, la tumeur offre l'aspect du sarcome à divers degrés d'évolution : tissu mou rosé embryo-plastique, tissu plus ferme, grisâtre, fibro-plastique et zones d'organisation fibreuse, reconnais-

sables à leur coloration blanchâtre, à leur disposition fasciculée et à leur dureté. Les deux faces de l'omoplate sont couvertes du dépôt osseux de nouvelle formation déposé en saillies lenticulaires et représentant des sortes de stalactites au début. Les premiers jours, la température oscille entre 37° et 38°.

27 *mars*. — Température normale. On a enlevé les fils le cinquième jour. Réunion par première intention, sauf au niveau de l'orifice de sortie du drain. Suppuration modérée.

1er *avril*. — La malade se promène dans la salle. Suppuration presque tarie. Bronchite légère. Douleur au niveau de la plaie pendant la toux.

25. — Guérison. Exeat.

4 août. — Nous revoyons la malade. La guérison s'est maintenue du côté de l'omoplate. A la place de cet os, on sent les côtes et les espaces intercostaux. Les ganglions axillaires indurés, volumineux et douloureux, sans adhérer à la peau ou aux couches profondes.

Anesthésie. — Incision avec le bistouri, énucléation des ganglions malades, dissection et ablation du tissu cellulo-adipeux de l'aisselle. Drain. Suture avec six fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe, les ganglions présentent l'aspect du sarcome embryoplastique.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. On enlève les fils les cinquième et sixième jours. Réunion par première intention sauf au niveau de l'orifice de sortie du drain.

1er *septembre*. — Suppuration tarie. On enlève le drain.

15. — Guérison. Exeat.

Obs. CCCLXXXVIII. — *Sarcome périostique très volumineux du bras gauche. Amputation. Guérison.* (Pièce moulée au n° 570 de notre collection du musée Saint-Louis.) — Javon, trente ans, garde champêtre, entre le 16 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. Excellente santé, pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Pas de syphilis. Il y a trois ans, début d'une petite tumeur molle, au-dessus de l'interligne articulaire du coude, à 2 centimètres et demi au-dessus de l'épitrochlée, et en dedans du tendon du biceps. Développement très lent dans la première période ; au bout de dix mois, volume du poing. Accroissement très rapide ces derniers mois.

État actuel. — La tumeur est énorme, elle a le volume d'une tête d'enfant nouveau-né. La peau qui la recouve est saine et mobile à sa surface. La masse morbide glisse sur les parties profondes, mais il est difficile de dire si elle est indépendante de l'os. Une circulation veineuse collatérale sillonne la surface de la tumeur. Consistance uniforme du sarcome mou. La main est plus froide que celle du côté

sain. Le pouls radial est imperceptible. Pas d'adénopathie. Bon état général.

15. — *Chloroforme.* — Nous pratiquons l'amputation du bras au-dessus de la partie moyenne, par la méthode circulaire, pendant qu'un aide comprime l'axillaire. Le développement énorme des vaisseaux, et surtout du système veineux, rend l'opération longue et pénible. Nous devons appliquer un nombre considérable de pinces hémostatiques. Chemin faisant, nous constatons que la tumeur est adhérente au périoste de l'humérus dans une grande étendue. La manchette est taillée longue et la réunion des lambeaux est assurée par des sutures profondes et superficielles. Drain. Pansement de Lister.

A la coupe : Sarcome embryo-plastique développé aux dépens du périoste.

16. — Le malade n'a pas mal reposé malgré un peu de fièvre. Hier au soir, T. 38°. Ce matin, 39°2.

16, *au soir.* — T. 40°, elle descend dès le lendemain, n'atteint 39°2 qu'une fois. Habituellement, il y a 37°5 le matin, et 38°5 le soir.

Douze jours après l'opération, le malade est pris d'un léger frisson. Phlegmon du moignon avec lymphangite. Hémorrhagies par la plaie. Pansement au citron. Tous ces accidents se sont amendés, et le malade est dans un état satisfaisant.

15 *mai.* — La cicatrisation est complète. Le moignon de l'amputation est dans d'excellentes conditions. Le malade guéri quitte l'hôpital.

Obs. CCCLXXXIX. — *Dégénérescence sarcomateuse du périoste du radius. Amputation. Guérison.* — Holeville (Uranie), trente ans, nacrière, entre le 1er mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. Pas d'hérédité. Scrofule. Gourme et ophthalmie dans l'enfance. Les poussières de nacre entretiennent une bronchite chronique. Sommets douteux. Menstruation régulière. Deux enfants bien portants. Il y a onze mois, sans causes connues, gonflement du bord radial de l'avant-bras qui s'est progressivement étendu à la presque totalité de ce segment de membre. Un rebouteur consulté exerça des tractions violentes. Depuis ce moment, exaspération de tous les troubles, douleurs extrêmes; l'état général s'altère; depuis deux mois, amaigrissement considérable. La malade découragée se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — L'avant-bras gauche, complètement déformé par la tuméfaction, est devenu cylindrique dans toute sa hauteur, depuis l'interligne articulaire du poignet jusqu'au pli du coude. La mensuration comparée des deux avant-bras, au même niveau, donne un accroissement de 6 centimètres de circonférence, en faveur du côté malade. La peau a conservé ses caractères : ni rougeur, ni œdème inflammatoire, ni vascularisation anormale. Au toucher, on reconnaît que le gonflement porte sur les deux os de l'avant-bras, qu'il

n'est pas régulier, le radius étant deux fois plus volumineux que le cubitus, et certains points plus déformés que d'autres sur chaque os en particulier. Ainsi c'est surtout les extrémités inférieures du radius et du cubitus qui sont tuméfiées. La tête du radius et l'extrémité supérieure du cubitus sont libres. Toutes les parties tuméfiées offrent une consistance dure, solide, rappelant celle de certaines hyperostoses, ou de certaines dégénérescences du périoste. Les muscles et les autres parties molles de l'avant-bras sont aplatis, étalés à la surface de la production morbide, réduite à de minces lames papyracées. Douleurs spontanées, lancinantes, à exacerbation nocturne, exagérées par la pression et les mouvements. Les articulations radio-carpienne et huméro-cubito-radiale sont indemnes, elles ont conservé leurs mouvements. Rien dans les ganglions épitrochléen et axillaires. — Compression ouatée, et, bien que la malade nie tout antécédent syphilitique, iodure de potassium à haute dose.

Au bout d'un mois de séjour dans nos salles, l'état général est devenu tellement mauvais que nous redoutons de voir succomber la malade aux progrès de la cachexie, si nous n'intervenons pas rapidement. D'autre part, un foyer d'inflammation aiguë, avec ramollissement et œdème, s'est formé à la partie antérieure de l'avant-bras. La peau adhérente, amincie, rougie, tendue, est sur le point de s'ulcérer; nous nous décidons, sur les instances de la malade, à pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

1er *avril.* — Chloroforme. — Amputation classique de l'avant-bras, par la méthode circulaire, à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs. L'opération ne présente pas de particularités. Nous plaçons au fond de la plaie un drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe longitudinale faite au niveau du radius et passant par le centre de cet os, nous constatons que les muscles sont réduits à de minces membranes jaunâtres, atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. Le tissu morbide s'est développé aux dépens du périoste, il forme autour de l'os une couche dont l'épaisseur varie de 1 à 3 centimètres suivant les points. Ce tissu, d'aspect vitreux, offre une teinte jaunâtre, transparente ou rosée; il est dur, de consistance sarcomateuse. Au-dessous du périoste existent des points d'ossification et des couches osseuses de nouvelle formation. Le radius lui-même est atteint d'ostéite légère dans sa lame compacte. Le canal médullaire est sain.

Examen histologique : sarcome embryo-plastique diffus du périoste.

4. — La température oscille entre 37° et 38°. La malade ne souffre pas. Bon état général. On enlève quelques fils.

10. — Tous les fils sont enlevés. Réunion par première intention. Température normale. Suppuration très modérée.

22. — On enlève le drain. Suppuration tarie. On cautérise des bourgeons charnus exubérants avec le nitrate d'argent.

12 *mai*. — Guérison. Exeat.

Obs. CCCXC. — *Enchondro-sarcome du second métacarpien. Ablation. Guérison.* — Rapine (Édouard), dix-neuf ans, chemisier, entre le 17 décembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques ; bonne santé habituelle. Depuis l'âge de deux ans il porte dans le premier espace métacarpien gauche une tumeur dont le volume, égal d'abord à celui d'un pois, s'est accru lentement et progressivement. Depuis trois ans l'accroissement est devenu beaucoup plus rapide. Les progrès de la tumeur et la déformation déterminent le malade à venir à l'hôpital.

État actuel. — Le second métacarpien gauche est déformé par une tumeur qui occupe son bord interne et ses faces dorsale et palmaire. Allongée, fusiforme, cette tumeur a le volume d'un œuf de poule ; elle fait surtout saillie du côté du premier espace métacarpien. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes : peau distendue, mais saine. Au toucher les téguments sont mobiles, les tendons fléchisseurs et extenseurs sont amincis et étalés à la surface de la masse morbide. Celle-ci fait manifestement corps avec le second métacarpien. La consistance est uniformément dure, solide, osseuse. Indolence. Les mouvements du doigt sont conservés : rien dans les ganglions épitrochléens et axillaires. Les autres doigts sont normaux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général très satisfaisant.

17 *décembre*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons parallèlement au bord externe de l'os et sur la face dorsale une incision longitudinale longue de 7 centimètres et dirigée de façon à ménager les gaines tendineuses. La coque osseuse étant à nu, nous décollons le périoste avec la rugine, afin d'en conserver le plus possible ; puis avec la scie circulaire du polytritome nous faisons un trait allant jusqu'au centre de la tumeur. Avec la gouge et le maillet nous faisons alors sauter la moitié dorsale de la coque osseuse, qui est peu résistante. Le centre de la masse morbide est formé par un tissu mou offrant tous les caractères du cartilage jeune, avec cette particularité qu'il est très vasculaire. Nous l'enlevons complètement par voie de morcellement à l'aide d'une rugine courbe et coupante. Puis nous faisons sauter le reste de la coque osseuse enveloppante. Les tendons ont été respectés. Suture et drain.

Examen macroscopique de la pièce. — La tumeur occupait la diaphyse du second métacarpien sans intéresser ses extrémités articulaires. Elle était composée d'une coque osseuse mince, formée aux dépens des lames compactes dorsale, externe et palmaire de l'os et d'une masse centrale molle, cartilagineuse.

Après l'opération, il n'est resté que les épiphyses du métacarpien et la lame compacte interne qui était saine. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

18. — Gonflement de la main et du poignet. Pas de douleurs.

22. — Le gonflement du dos de la main n'a pas diminué : la pression de cette région fait sourdre du pus. On ôte les sutures; réunion presque totale : désunion un peu à la partie supérieure, ce qui a l'avantage de laisser une issue facile au pus qui décolle la peau de la face dorsale de la main.

30. — Le décollement du dos de la main est réuni. La cicatrisation est en très bonne voie. Les tubes à drainage dorsal et palmaire sont encore laissés en place pour quelques jours. Le malade sort guéri peu de temps après.

Obs. CCCXCI. — *Ostéo-chondrome développé autour du tendon fléchisseur de l'annulaire droit. Ablation. Guérison.* — Picard (Esther), cinquante ans, ménagère, entre le 4 janvier 1882, salle sainte-Marthe, n° 39. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Il y a trois ans, elle remarqua, à la face palmaire de la seconde phalange de l'annulaire droit, une tumeur du volume d'un pois, qui se développa progressivement sans déterminer d'autres accidents que la gêne des mouvements de flexion. Dans les derniers temps le volume est devenu assez considérable pour inquiéter la malade et la décider à venir à l'hôpital.

État actuel. — La face palmaire de la seconde phalange de l'annulaire droit est déformée par une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, étendue verticalement d'un pli articulaire à l'autre et transversalement du bord droit au bord gauche du doigt. Elle n'empiète pas sur les faces latérales. La surface, irrégulièrement convexe, présente de petites nodosités appréciables à la vue. La peau, considérablement amincie et tendue, est exsangue, décolorée et laisse voir par transparence la coloration blanchâtre de la tumeur. Au toucher celle-ci est dure, solide, de consistance osseuse dans la plus grande partie de son étendue, cartilagineuse à sa surface, où l'on sent de petites granulations en choux-fleurs. Cette tumeur n'est recouverte que par la peau, qui est tellement bridée qu'il est impossible de se rendre compte si elle est ou non adhérente. Le tendon fléchisseur passe dans son épaisseur. Elle paraît solidement implantée sur la face antérieure de la phalange. Les mouvements des deux dernières phalanges sont annulés.

14 *janvier*. — Anesthésie. — Amputation des deux dernières phalanges par l'incision en raquette. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la pièce anatomique. — Il s'agit bien d'une exostose

ostéo-cartilagineuse formant gaine autour du tendon, qui n'est pas altéré. Mais, chose singulière, les adhérences de cette tumeur à l'os sont très faibles, et constituées par des tractus fibreux périostiques. La phalange elle-même est saine.

Du 14 au 20 janvier, la température oscille entre 37° et 38°. On enlève les fils, le cinquième; réunion par première intention dans la plus grande partie de la plaie.

20. — Embarras gastrique.

23. — Diarrhée. T. S. 38°. Œdème de la main. La plaie va bien.

28. — Abcès du dos de la main, débridement. La plaie chirurgicale n'est pas encore fermée.

A partir de ce moment, la fièvre tombe. L'état général et local s'améliore : et le 1er *février :* guérison. Exéat.

Obs. CCCXCII. — *Fibro-sarcome développé au côté interne de l'annulaire droit. Ablation. Guérison.* — Florentin (Julie), soixante ans, sans profession, entre le 10 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 46. Cette tumeur apparut il y a deux ans : accroissement lent, douleurs vives.

État actuel. — L'annulaire droit au niveau de la face latérale de la phalangette, à la partie interne de l'ongle, est le siège d'une tuméfaction assez intense. Pas de fluctuation, pas de chaleur, pas de rougeur, mais une douleur spontanée très vive et exagérée encore par la pression. — Incision exploratrice, après anesthésie par un mélange réfrigérant : tissu lardacé assez dense et criant sous le scalpel; une hémorrhagie en nappe assez forte se produit. Pansement compressif. L'exérèse de la tumeur est remise au lendemain.

Au moment où la sensibilité revient dans la région, les douleurs sont extrêmement intenses. Injection de morphine.

Le lendemain extirpation complète de la tumeur, qui adhère assez fortement au périoste. Celui-ci est ruginé et la totalité du néoplasme enlevée avec le plus grand soin. Pansement phéniqué.

Deux jours après, la plaie présentant un bel aspect, la malade est renvoyée : elle viendra tous les deux jours se faire panser à l'hôpital.

Examen histologique de la tumeur. — Faisceaux de tissu fibreux traversé par des vaisseaux assez volumineux. Ces vaisseaux nous expliquent les hémorrhagies observées lors de l'incision exploratrice et circonscrivant des aréoles dans lesquelles on peut voir distinctement les cellules et la substance fondamentale qui caractérisent le sarcome. En un mot, la tumeur est constituée par un fibro-sarcome.

La plaie met un temps considérable à se cicatriser. On doit longtemps réprimer par des cautérisations au nitrate d'argent les bourgeons charnus qui se développent. Cependant au 4 mars la guérison est effectuée.

Obs. CCCXCIII. — *Sarcome périostique de la portion unguéale du*

petit doigt gauche. Désarticulation phalango-phalangienne (Pièce moulée et déposée au n° 577 de notre collection du musée Saint-Louis). — Leblanc (Rose), soixante-dix ans, sans profession, se présente à la clinique du 10 juin 1882. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. D'après ses renseignements, elle se serait fait une piqûre d'aiguille au niveau de la matrice unguéale de l'auriculaire gauche, il y a deux ans. Consécutivement, douleurs continues persistantes et rougeur érythémateuse qui s'étend progressivement. Six mois après le début des accidents, chute de l'ongle et apparition de bourgeons charnus qui font peu à peu le tour de la matrice unguéale. A partir de ce moment, développement d'une tumeur bourgeonnante, douloureuse.

État actuel. — La face dorsale de la dernière phalange est déformée par une tumeur du volume et de la forme d'un petit œuf de poule, qui s'implante sur toute la surface unguéale. Cette tumeur est ulcérée, rouge, saignante, hérissée de bourgeons charnus, violacés et sécrétant un liquide purulent fétide. Au toucher la tumeur est ferme et offre la consistance de certains sarcomes, elle est adhérente à la dernière phalange. Rien du côté de la face palmaire et des faces latérales du petit doigt. Rien dans les ganglions épitrochléens et axillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant

10 *juin.* — Pas d'anesthésie. Nous faisons la désarticulation entre la première et la seconde phalange en ménageant un lambeau palmaire. Suture. Pansement phéniqué.

A la coupe on voit que le périoste de la dernière phalange est le point de départ de la tumeur, l'os même est en partie détruit : le tissu de la tumeur, rouge brun, avec foyers hémorrhagiques, offre l'aspect du sarcome hématique.

On enlève les fils le cinquième jour. Réunion par première intention : et le 2 *juillet :* guérison.

Obs. CCCXCIV. — *Exostose ostéo-cartilagineuse du fémur à base sessile, à implantation profonde. Ablation, évidement. Érysipèle. Rhumatismes. Guérison.* — Deforge (Étienne), trente-six ans, marbrier, entre le 7 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 9. Pas d'hérédité, pas d'antécédents, scrofuleux, tuberculeux, ou syphilitiques. Forte constitution. A eu à plusieurs reprises des arthrites tibio-tarsienne gauche, radio-carpienne droite et du genou du même côté. Ces affections des articulations, dont la nature ne nous est pas connue, ont été traitées et guéries par divers chirurgiens, il n'en reste plus trace aujourd'hui. Il y a douze ans il remarqua à l'union des tiers moyen et inférieur de la face externe de la cuisse droite une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, profondément située, dure, solide, fixe, indolente. Cette production a fait en deux ans des progrès rapides, puis

est restée stationnaire. Le malade a continué à travailler jusque dans ces derniers temps. Depuis quelques mois la tumeur est devenue le siège de douleurs vives, continues, lancinantes, irradiées sous le genou et la racine de la cuisse. Ces derniers accidents empêchent le malade de marcher et le décident à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La face externe de la cuisse droite est déformée par une tumeur siégeant à l'union des tiers moyen et inférieur; de la forme et du volume d'un œuf de dinde, à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure. La peau légèrement tendue ne présente ni vascularisation anormale ni altération de structure, elle a conservé sa mobilité. Au toucher, on sent que la tumeur est profondément située au-dessous des muscles qui s'étalent et se contractent à sa surface; elle fait corps avec le fémur; sa consistance est dure, solide, manifestement osseuse, sans points ramollis ou fluctuants. Ses contours diffus se continuent insensiblement avec l'os ; sa surface est convexe en dos de tortue ; il est impossible d'apprécier les caractères de cette surface en raison de l'épaisseur des parties molles qui la recouvrent, mais il n'y a pas de productions cartilagineuses en chou-fleur. Pas d'autres troubles fonctionnels que les douleurs, qui ont amené le malade à l'hôpital. Pas de lésions articulaires. Rien dans les ganglions inguinaux. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

10 *juin*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons, en arrière de la tumeur, au niveau de la cloison intermusculaire externe, une incision verticale, longue de 10 centimètres du côté de la peau. Nous évitons de descendre trop bas afin de ménager le prolongement de la synoviale du genou. Nous coupons légèrement le vaste externe en travers et nous faisons rétracter les bords de la plaie afin de découvrir la tumeur. Celle-ci est recouverte d'une sorte de capsule d'enveloppe que nous incisons. L'exploration avec le doigt nous démontre qu'il s'agit d'une exostose ostéo-cartilagineuse à implantation sessile large. Nous l'attaquons par le procédé de morcellement. A cet effet, après avoir incisé à la partie médiane les couches cartilagineuses avec le bistouri, nous faisons sauter avec la gouge et le maillet le centre de la tumeur, qui est composé de tissu osseux, compacte à la surface, spongieux plus profondément. Il nous est alors facile de détacher la tumeur par fragments en allant du centre à la périphérie sans crainte de faire de délabrements. L'implantation est en quelques points très profonde et s'étend jusqu'au voisinage du canal médullaire ; nous l'évidons largement afin de nous mettre à l'abri d'une récidive. — Drainage et pansement phéniqué. Quatre pinces à demeure pendant une heure. Compression ouatée. — Pas de réaction fébrile. Le malade va très bien les cinq premiers jours.

15. — Frisson. T. = 39°6. Erysipèle autour de la plaie. Larges ba-

digeonnages de collodion riciné. Passage dans les salles d'isolement.

La température oscille entre 38° et 39° pendant cinq jours. La poussée d'érysipèle se localise rapidement.

20. — Tout est terminé. On a enlevé les fils le cinquième jour, la réunion par première intention n'a pas été obtenue. T. = 37°6. 38°. Douleurs rhumatoïdes dans tous les membres. Décollements : on place deux nouveaux drains.

10 *juillet*. — Les douleurs ont disparu. La suppuration se tarit.

24. — On enlève deux drains. La plaie est presque cicatrisée.

30. — Guérison. Exéat.

Obs. CCCXCV. — *Tumeur myéloplaxique centrale du fémur et ayant provoqué une fracture spontanée de cet os. Amputation de cuisse. Mort de tétanos huit jours après l'opération.* — Drolon (François), quarante-huit ans, savonnier, entre le 6 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 33. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Alcoolisme. Il y a trois mois, il commença à éprouver une gêne douloureuse au niveau du tiers inférieur de la cuisse gauche, en même temps qu'il remarquait un gonflement appréciable de cette région. Néanmoins il avait continué de vaquer à ses occupations, lorsque, il y a huit jours, en marchant, il entendit un craquement, tomba et ne put se relever. Un médecin constata qu'il s'agissait d'une fracture de cuisse et l'envoya à l'hôpital.

État actuel. — Le fémur est fracturé à l'union de ses tiers moyen et inférieur, ainsi qu'il est facile de le constater par la déformation de la cuisse, dont le tiers inférieur fait un angle obtus avec les deux tiers supérieurs, par la mobilité anormale et par la crépitation. Mais lorsqu'on cherche à préciser la direction de la fracture, on reconnaît que les fragments sont masqués par une tumeur. Celle-ci entoure à ce niveau le fémur sous forme d'un gonflement diffus, mal limité, elle soulève les muscles, mais il est difficile d'apprécier ses rapports exacts et ses autres caractères ; tout ce que l'on peut reconnaître est que sa consistance est solide et qu'il n'existe dans son épaisseur aucun point ramolli ou fluctuant. L'articulation du genou est indemne. Rien dans les ganglions. Mauvais état général, amaigrissement, anémie, faiblesse extrême.

11 *novembre*. — Chloroforme. Au niveau de la cloison intermusculaire externe une incision exploratrice longue de 15 centimètres jusqu'au foyer de la fracture. En introduisant l'index au fond de la plaie, nous constatons que le canal médullaire est envahi par une tumeur solide de consistance mollasse, qui sépare les deux fragments et se prolonge au pourtour de l'os au-dessous du périoste. L'étendue de cette production nous montre qu'il serait téméraire de faire de la chirurgie conservatrice.

Compression digitale de la fémorale, section de la peau et du tissu

cellulaire, qui donne beaucoup de sang, parce que les veines sous-cutanées sont dilatées et volumineuses. Nous appliquons successivement sur chacune d'elles des pinces hémostatiques. Nous sectionnons ensuite les muscles, et nous détachons la jambe avec le fragment inférieur du fémur, afin de mieux voir les limites du mal et de préciser le point où devra porter la section de l'os.

Nous reconnaissons alors que le centre du fragment supérieur est occupé par une masse rougeâtre, saignante, mollasse, fongueuse, enflammée, qui remonte dans le canal médullaire et se prolonge à la périphérie de l'os au-dessus du périoste, dans une étendue de 8 centimètres circulairement. Nous détachons les muscles à cinq travers de doigt au-dessus des limites du mal, nous incisons circulairement le périoste, afin de le ruginer et de le conserver, et nous terminons l'amputation. La surface de section du fémur nous montre que nous sommes dans une partie saine. Quatre points de sutures profonds et treize points de sutures superficielles métalliques. Drain. Pansement à l'eau oxygénée et compression ouatée.

Examen de la pièce à la coupe. — La tumeur offre l'aspect du myéloplaxome enflammé. Le trait de la fracture est oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; il répond au centre même de la tumeur.

12. — T. M. = 37°6. S. = 37°8.

13. — T. normale. Le malade ne souffre pas.

14. — Il n'a pas eu de fièvre. On enlève les sutures profondes. Bel aspect du moignon ; suintement séro-sanguin louche, peu abondant.

15. — État local et général aussi satisfaisant que possible. On enlève les sutures superficielles et on les remplace par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention, sauf au niveau des orifices d'entrée et de sortie du drain.

16. — Contracture des mâchoires. Le moignon est très beau. Température = 37°. Quinine à hautes doses.

17. — Contracture des muscles du cou. Secousses violentes dans les muscles. Tétanos. On continue l'opium : chloral. T. M. = 37°8. S. = 38°. Rien d'anormal du côté de la plaie. Suppuration modérée.

18. — Le tétanos augmente. Opisthotonos. Le trismus est tel qu'il est impossible de passer une lame de couteau entre les dents. On alimente le malade à l'aide d'un tube en caoutchouc qui passe en arrière des molaires, au fond du vestibule de la bouche. Secousses musculaires plus violentes que la veille. Température normale. Rien, du côté du moignon ni des viscères, n'explique cette attaque de tétanos. On continue l'opium et le chloral. Bromure de potassium.

19. — L'état s'aggrave encore. Mort dans la soirée. La température ne s'élevait pas à 37°. L'autopsie n'a pas été permise.

Obs. CCCXCVI. — *Myxo-sarcome de la face postérieure de la cuisse*

adhérent au périoste. Ablation. Guérison. — Rigault (Marie-Thérèse), huit ans, entre, salle Sainte-Marthe, n° 41, le 30 avril 1881. La grand'-mère de cette enfant a été opérée autrefois pour une tumeur du sein de mauvaise nature. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux; bonne santé habituelle. Il y a huit mois les parents reconnurent à la face postéro-externe de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, molle et indolente, cette production a depuis ce moment fait de rapides progrès sans déterminer d'autres phénomènes que la déformation.

État actuel. — La cuisse gauche est déformée par une tumeur située à l'union des faces externe et postérieure, à la partie moyenne, entre le biceps et le vaste externe. Son volume est celui d'une tête de fœtus au septième mois, sa forme est régulièrement arrondie, globuleuse. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau soulevée et tendue ne présente d'autres altérations que la dilatation de deux ou trois veinules superficielles. Au toucher cette tumeur est mobile sous la peau et se continue par sa face profonde avec une autre masse, inappréciable à la vue, qui occupe toute la largeur de la face postérieure du membre depuis le vaste externe jusqu'au vaste interne. Il est impossible d'apprécier exactement les limites de cette partie profonde, mais elle paraît au moins aussi importante que la portion saillante. Cette seconde portion est située sous les muscles, qui se contractent à sa surface, et adhère au périoste du fémur. La consistance de la tumeur est uniformément molle et fluctuante, comparable à celle de certains kystes à contenu visqueux et à parois épaisses, ou à celle de certains myxomes. Rien dans les ganglions inguinaux. Indolence complète, même à la pression. Aucun phénomène de compression vasculaire ou nerveuse. Pas d'altération appréciable des os, des muscles et des autres organes de la région et des régions voisines. — Ponction exploratrice qui donne issue non à du liquide, mais à un fragment de substance épaisse, colloïde.

30 *avril.* — Chloroforme. — A l'aide du bistouri nous faisons à la surface de la tumeur une incision verticale longue de 6 centimètres : issue d'un demi-litre de matière gélatineuse, colloïde, amorphe, transparente, incolore dans la plus grande partie de sa masse, marbrée par des stries noirâtres, extrêmement fines dans certains points. Après avoir complètement évacué le contenu, nous procédons à la dissection des parois de la poche, afin d'arriver progressivement sur la masse profonde. Pendant que des aides écartent les bords de la plaie, nous appliquons sur la coque fibreuse une couronne de pinces, et nous la disséquons. Quand elle est détachée dans toute sa périphérie nous réunissons les pinces dans une seule main, de sorte que la poche ressemble à une bourse fermée, et nous continuons la dissection de

proche en proche, ceci nous permet de reconnaître que la tumeur s'est, de ce côté, en partie développée aux dépens de l'aponévrose du biceps, à laquelle elle adhère fortement, tandis que l'aponévrose du vaste externe est intacte. En arrivant à la face profonde, nous mettons à nu l'autre portion de la tumeur qui est bien développée, comme nous le pensions, entre le périoste et les muscles postérieurs de la cuisse. Nous essayons de l'énucléer avec les doigts et la spatule, et nous réussissons en partie. Mais au côté externe il faut de nouveau recourir au bistouri et aux ciseaux. Nous prenons les plus grandes précautions pour ménager le nerf sciatique et les vaisseaux; mais en arrivant au voisinage du fémur nous rencontrons quelques branches importantes des perforantes que nous sommes obligé de sacrifier et sur lesquelles nous plaçons des pinces hémostatiques. Par sa face profonde, la tumeur adhère intimement au périoste fémoral aux dépens duquel elle paraît avoir pris naissance. L'ayant isolée de toute part, nous sectionnons le pédicule avec des ciseaux, et nous réséquons largement le périoste au niveau de la base d'exploration. — Drain et suture des deux tiers supérieurs de la plaie. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A. *Examen à la coupe.* — On reconnaît que la masse profonde est identique à la partie saillante: comme elle, elle se compose de tissu vitreux, colloïde, transparent.

B. L'*examen histologique* démontre qu'il s'agit d'un myxo-sarcome avec des éléments jeunes très nombreux.

Pas de réaction fébrile les jours suivants, on enlève les fils les quatrième et cinquième jours. Réunion par première intention, sauf au niveau des orifices d'entrée et de sortie du drain. Bandelettes collodionnées.

24. — Suppuration tarie. On enlève le drain.

4 juin. — Guérison. Exeat.

Obs. CCCXCVII. — *Tumeur périostique kystique multiloculaire à contenu sanguin du tibia droit. Amputation de la jambe. Guérison.* — Augenard (Alphonse), quarante-quatre ans, cuisinier, entre le 9 décembre 1881, n° 6, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a sept ans, à la suite d'un choc produit par une brouette sur la crête du tibia, il vit apparaître rapidement une tumeur molle, indolente, du volume d'un œuf de poule. Il y a un an, un lourd instrument en fer vint heurter la tumeur, qui depuis ce moment a fait des progrès rapides. Dans les derniers temps la peau s'est ulcérée.

État actuel. — La partie antérieure de la jambe droite est déformée par une tumeur occupant verticalement sa moitié inférieure, jusqu'à 2 centimètres de la base de la malléole interne et transversalement la face interne du tibia, sa crête et l'espace compris entre

le tibia et le péroné; son volume est égal à celui d'un œuf d'autruche. Sa forme irrégulière représente une moitié d'ovoïde, coupée suivant le grand axe et à grosse extrémité inférieure. La surface convexe présente des bosselures dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'un œuf de poule. La peau lisse, unie, tendue, amincie par places, couverte de nodosités, d'aspect scléreux en d'autres points, offre une teinte générale bleuâtre, avec des zones lie de vin et violacées. Elle est parcourue par de grosses veines dilatées, variqueuses, non sinueuses, noirâtres. A la partie inférieure et externe, existe une ulcération circulaire de 3 centimètres 1/2 de diamètre, à fond concave en verre de montre, couvert de granulations brunes, atones, à bords irréguliers, légèrement décollés. Au toucher, la masse principale, saillante, est molle et manifestement fluctuante. La base, au contraire, dure, solide, osseuse, dépend de la lame compacte du tibia, et se continue avec elle. Il semble que la tumeur kystique s'est creusé une loge dans l'épaisseur du tibia en déterminant l'élargissement de cet os et la production d'une coque osseuse lamellaire, incomplète à sa base. Pas de sensation parcheminée.

La tumeur est irréductible : pas de battements, pas de mouvements d'expansion et d'affaissement. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant. Le malade éprouve au niveau de la tumeur des douleurs vives, continues, lancinantes. La marche est devenue impossible. Il ne peut se servir de son membre.

10 *décembre*. — Anesthésie. Amputation de jambe à la partie moyenne, immédiatement au-dessus de la tumeur, avec lambeau postérieur, par la méthode elliptique. Pincement des vaisseaux, puis ligature avec des fils de catgut. Drain, sutures métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la pièce, sur une coupe verticale. — La tumeur est formée d'une grande loge pleine de sang. Dans l'épaisseur des parties molles qui forment ses parois, on trouve des masses molles jaunâtres qui rappellent l'aspect du sarcome mou. Le kyste s'est creusé une grande loge dans l'épaisseur du tibia ; du fond de cette loge, des croissants osseux et des aiguilles tendant à ébaucher des cloisons. A part ces désordres, l'os n'est pas malade.

Pas de réaction fébrile. Lavages et pansements phéniqués tous les deux jours. On enlève les fils les cinquième et sixième jours. Réunion par première intention, suppuration pendant deux semaines.

Obs. CCCXCVIII. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité supérieure du tibia. Ablation. Evidement de la surface d'implantation. Guérison rapide.* — Boissy (Arthur), seize ans, apprenti, entre le 10 décembre 1881, n° 76, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Depuis

trois mois sa croissance a marché très rapidement. Il y a deux mois, sans cause connue, il a remarqué à la partie supérieure et interne de la jambe droite une tumeur dure, indolente, du volume d'un œuf de pigeon. Dans les derniers temps, cette tumeur est devenue douloureuse pendant la marche et à la suite de la fatigue. Les accidents déterminent le malade à venir à l'hôpital.

État actuel. — La partie supérieure et interne de la jambe droite est déformée par une tumeur du volume d'une noix, siégeant exactement au devant des insertions tendineuses de la patte d'oie; sa forme est celle d'un ovoïde dont le grand axe se dirigerait obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. La surface est irrégulièrement convexe. La peau est lisse, unie, tendue; à son niveau, elle ne présente ni rougeur inflammatoire, ni œdème, ni vascularisation anormale. Au toucher, la tumeur est dure, manifestement osseuse, excepté à sa partie inférieure, où elle offre la consistance du cartilage. Les parties molles sont mobiles à sa surface et elle est adhérente au tibia. Sa forme est celle d'une apophyse coracoïde, insérée par sa base au devant des expansions tendineuses de la patte d'oie et recourbée en bas et en avant. L'articulation sus-jacente est saine. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

10 *décembre.* — Anesthésie. A l'aide du bistouri, nous faisons au niveau de la tumeur une incision verticale longue de 5 centimètres et comprenant couche par couche la peau, le tissu cellulaire souscutané et l'aponévrose. Nous tombons alors sur la tumeur recouverte par le périoste. A l'aide d'une rugine coupante, nous détachons cette membrane à la base de l'exostose afin de la conserver, et pendant que des aides rétractent les bords de la plaie, nous faisons sauter la base d'implantation avec la gouge et le maillet. Nous évidons ensuite la surface d'implantation, afin d'éviter la récidive. Suture métallique, tube à drainage. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la pièce. — L'exostose est bien constituée par une apophyse osseuse, recourbée en bec, et terminée à sa partie libre par une sorte de casque cartilagineux.

14. — Les sutures sont enlevées. La fièvre traumatique a duré deux jours.

16. — La réunion par première intention est obtenue.

30. — Guérison. Exeat.

Obs. CCCXCIX. — *Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia. Ablation de la tumeur. Résection du genou. Guérison rapide.* — Descracques (Eugène), quarante ans, journalier, entre le 9 mars 1884, salle Saint-Augustin, n° 79. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a six

mois, sans cause connue, douleurs sourdes au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, irradiées au côté interne. Gêne de la marche, qui l'a empêché de travailler depuis cette époque. Plusieurs médecins consultés crurent qu'il s'agissait d'un ostéo-sarcome et le traitèrent par l'ignipuncture : aggravation progressive.

Etat actuel. — La déformation extérieure, à peine sensible, est constituée par une légère tuméfaction de la tubérosité antérieure du tibia. La peau a conservé sa coloration; pas d'œdème inflammatoire, pas de vascularisation anormale; elle est mobile à la surface de la tumeur. Au toucher, l'on reconnaît qu'il s'agit d'une production intra-osseuse qui, après avoir perforé l'os et le périoste, est venue faire saillie sous les téguments. En effet, la tumeur qui offre une consistance molle, faussement fluctuante, est réductible, et lorsqu'on l'a déprimée, on sent un orifice osseux capable de recevoir la première phalange de l'index, à bords durs caractéristiques. Dès qu'on soulève le doigt, la tumeur fait hernie par cette trépanation spontanée du tibia. Quand, au lieu de déprimer la tumeur, on la saisit entre deux doigts, elle devient le siège d'une sorte de crépitation qui rappelle celle que donnent les caillots sanguins. Pas de battements, ni de mouvements d'expansion et d'affaissement isochrones à ceux du pouls. Pas de bruit de souffle à l'auscultation. Les vaisseaux du membre inférieur sont sains. Rien dans l'articulation du genou ; les mouvements sont douloureux, mais conservés. Pas d'épanchement; rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant. L'incision exploratrice pourra seule compléter le diagnostic. Le malade demande avec instance une opération, mais il s'oppose formellement à l'amputation.

11 *mars*. — Anesthésie. A l'aide du bistouri, nous faisons une incision exploratrice verticale, longue de 5 centimètres, passant par le milieu de la tumeur et comprenant du même coup la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose. Mise à nu d'une tumeur solide, intra-osseuse, ramollie, offrant la coloration lie de vin des myéloplaxomes. Nous enlevons la portion dégénérée du périoste et nous décollons les restes avec une rugine, afin de le conserver; puis à l'aide de la scie circulaire du polytritome, nous agrandissons l'orifice osseux, en faisant deux traits transversaux, l'un à 1 centimètre au-dessus, l'autre à 1 centimètre au-dessous des bords de cet orifice, et en faisant sauter les ponts osseux intermédiaires avec la gouge et le maillet. Il nous est alors facile de reconnaître que la tumeur a envahi toute l'extrémité supérieure du tibia et qu'elle n'est plus séparée de l'articulation que par le cartilage diarthrodial. Nous ne pouvons éviter les chances des récidives qu'en faisant la résection de la portion d'os malade. Au cours de cette résection, nous

reconnaissons que la tête du péroné est prise, que la synoviale du genou, la rotule et la face inférieure des condyles fémoraux sont douteuses. Nous sommes ainsi conduit à transformer l'opération en une résection du genou, que nous faisons par le procédé habituel, avec cette particularité que nous enlevons seulement la face intérieure du condyle du fémur, tandis que, pour dépasser les limites du mal, nous devons réséquer le quart supérieur du tibia. L'opération terminée, nous plaçons un drain transversal et un drain vertical dans la plaie, dont nous suturons les lèvres à l'aide de quinze fils métalliques. — Pansement phéniqué et ouaté compressif. Immobilisation du membre dans une gouttière garnie de coussins imperméables.

Examen de la pièce. — Les caractères de la tumeur sont bien ceux des myéloplaxomes.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents locaux. Suppuration presque nulle. On enlève les fils les quatrième et cinquième jours. Réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie. On enlève le drain le 15 avril, et l'on cautérise les orifices d'entrée et de sortie du drain, avec le nitrate d'argent. La suppuration, qui était insignifiante, est complètement tarie.

28 *avril.* — Guérison complète. Appareil silicaté.

2 *mai.* — Le malade sort avec son appareil.

Obs. CD. — *Exostose ostéo-cartilagineuse coracoïde de la face inférieure du calcanéum. Ablation. Evidement de la base d'implantation. Guérison rapide.* (Cette observation a fait le sujet d'une leçon clinique, publiée dans le t. IV, p. 3 et suivantes. Le moule de la pièce a été déposé au n° 567 de notre collection du musée Saint-Louis.

Obs. CDI. — *Exostose sous-unguéale du gros orteil droit. Ablation. Guérison.* — Krafft (Léonie), quatorze ans, couturière, entre le 17 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. Depuis un an, le gros orteil est devenu douloureux et ne peut supporter le contact de là chaussure. La persistance des douleurs l'amène à l'hôpital.

État actuel. — L'ongle du gros orteil est soulevé par une tumeur siégeant à l'extrémité antérieure de la face dorsale de la phalangette. Cette production est placée comme un coin sous l'ongle. Elle est demi-solide, de consistance osseuse et fait corps avec l'os sous-jacent.

18 *mars.* — Chloroforme. Arrachement de l'ongle avec la spatule. Ablation de l'exostose avec le bistouri et la rugine en évidant la base d'implantation. La partie antérieure de la phalangette était seule intéressée. — Sutures. Pansement phéniqué et compression assez énergique à cause d'une petite artère osseuse anormalement développée.

Examen de la pièce. — C'est bien une exostose du tissu compacte.

29. — Cicatrisation très avancée. Exeat de la malade sur sa demande.

Obs. CDII. — *Exostose sous-unguéale du gros orteil gauche. Ablation large. Guérison.* — Maine (Georges), dix-huit ans, employé, entre le 10 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. Depuis le 11 décembre 1881, il éprouve de la gêne et des douleurs au niveau de la face dorsale de la phalangette du gros orteil gauche. Ces phénomènes l'ont obligé à abandonner les chaussures de cuir. Il y a un mois l'ongle est tombé, et depuis ce moment le malade ne peut plus se chausser.

État actuel. — La face dorsale de la phalangette du gros orteil gauche, dépourvue d'ongle, est déformée par une tumeur du volume d'une fève, semi-ovoïde, à grand axe antéro-postérieur. Les parties molles qui la recouvrent sont blanches, exsangues, amincies et laissent voir par transparence une coloration jaunâtre. La matrice unguéale tend à reproduire l'ongle, mais cet organe entravé dans son développement n'est actuellement représenté que par des lamelles cornées sans formes distinctes. Au toucher la tumeur est dure, osseuse, très adhérente à la phalangette avec laquelle elle fait corps. Douleurs spontanées, exaspérées par la pression et par la marche. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. État général satisfaisant.

18 mars. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous incisons les parties molles qui recouvrent la tumeur et nous les détachons avec une rugine afin de les conserver. L'exostose étant à découvert, nous l'enlevons largement avec la portion de phalange sur laquelle elle s'implante. Suture avec deux fils métalliques. Pansement de Lister.

Examen de la pièce. — La tumeur est formée de tissu compacte.

Au bout de quinze jours, la guérison est obtenue.

Obs. CDIII. — *Exostose unguéale du gros orteil gauche. Ablation. Guérison.* — Swalès (Eugène), quarante et un ans, charretier, entre le 10 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 73. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. En décembre 1879, écrasement du pied gauche par le fer d'un cheval. Quelques jours après, il aurait eu une congélation des orteils du même pied. A partir de cette époque, suppuration de l'extrémité libre du pouce. En janvier 1880, il entre à l'hôpital, où l'on extrait un petit séquestre provenant de la dernière phalange de cet orteil. Consécutivement la suppuration se tarit assez rapidement, mais le pouce reste hypertrophié et déformé au point de gêner la marche. Le frottement de la chaussure détermine en outre la formation d'un durillon. Aujourd'hui la gêne est telle que le malade demande à être délivré de cet orteil.

État actuel. — La partie antéro-interne de l'extrémité libre du gros orteil est déformée par une production de nature épidermique, formée par des couches stratifiées qui s'engagent sous l'ongle, l'ont

soulevé et déformé. La base de cette production est circonscrite par une ecchymose de teinte noirâtre. Au centre, on voit par transparence, au-dessous du durillon, une tumeur d'un blanc jaunâtre qui donne l'idée d'une exostose. Au toucher, on sent en effet que cette tumeur est dure, solide, de consistance osseuse, qu'elle est très adhérente à la phalange et fait corps avec elle. En outre, la pulpe du gros orteil est déformée, et renflée en massue.

25 *février*. — Chloroforme. Amputation de la phalangette. Suture du lambeau à l'aide de trois fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la pièce. — Sur une coupe verticale et antéro-postérieure, on voit au-dessus du durillon une exostose dont la base est constituée par toute l'étendue de la phalongette.

Pas de fièvre traumatique. On enlève les fils le cinquième jour. Réunion par première intention.

13 *mars*. — Guérison. Sortie.

Obs. CDIV. — *Exostose sous-unguéale du gros orteil gauche. Guérison*. — Ledant, quinze ans, mouleur en cuivre, entre le 24 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. Bonne santé, parents bien portants.

Il y a deux ans, début d'une tumeur sous-unguéale du gros orteil gauche. Il reçut un choc sur son pied actuellement malade. Au bout de quelque temps, il s'aperçut que son ongle devenait noir et dur : quelques douleurs, gêne pour marcher, mais n'en continue pas moins son travail. Depuis six mois la déformation du gros orteil s'est accentuée, l'ongle est tout à fait recourbé, il est facile de deviner que sous cet ongle il y a un épaississement assez considérable de l'os.

Anesthésie locale avec la glace pilée. L'ongle étant enlevé avec une spatule, nous pratiquons une incision à 1 centimètre au-dessus du bord de la matrice unguéale, et deux incisions latérales ; nous glissons en raclant la surface de la phalangette et nous détachons toutes les parties de l'os hypertrophiées. — Lavage phéniqué, compression avec amadou et diachylon. Pansement de Lister.

Pas de douleurs après l'opération. La cicatrisation s'est faite régulièrement. Elle était complète le 1er avril. Exéat.

CHAPITRE V

MALADIES DES ARTICULATIONS ET DE LEURS ANNEXES

§ Ier

ENTORSES.

Sur nos 13 cas d'entorses, nous en avons 1 du coude, 1 du poignet, 1 du genou, 9 de l'articulation tibio-tarsienne, 1 de l'articulation métatarso-phalangienne. C'est une collection assez variée, car si nous interrogeons nos précédents recueils d'observations, nous voyons que dans le tome Ier sur 8 cas il y en a 1 du poignet, 1 autre du genou et 6 de l'articulation tibio-tarsienne; dans le tome II il y en a 2 de la colonne cervicale et 4 de l'articulation tibio-tarsienne; dans le tome III elles sont toutes (au nombre de 6) de l'articulation tibio-tarsienne ; enfin dans le tome IV (5 obs.) il en est de même. On voit par là que l'entorse tibio-tarsienne est bien l'entorse typique.

Parmi nos treize observations, la première (obs. CDV) a ceci de particulier, qu'elle s'est produite dans une articulation ankylosée : il s'en est suivi une poussée inflammatoire qui a bien guéri du reste. Les autres ne méritent pas de mention spéciale. Nous avons traité toutes ces entorses par l'immobilisation et les compresses résolutives. Le résultat a été satisfaisant.

Obs. CDV. — *Entorse d'une ankylose du coude.* — Dhuve (Charles), trente-deux ans, ciseleur, entre le 7 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Bonne santé habituelle. En 1870, un éclat d'obus fracture son coude droit. Il reste neuf mois malade avec suppuration et élimination de séquestres. Il en résulte une ankylose du coude à angle droit, ankylose fibreuse incomplète, permettant des mouvements d'un centimètre à peine d'amplitude : ni pronation ni supination. Jamais il n'a ressenti de fatigues ni de douleurs dans son coude depuis sa guérison, et il peut travailler comme par le passé. Le bras mesure 2 centimètres de moins que l'autre à sa partie moyenne : l'avant-bras un demi-centimètre seulement. Enfin, on observe des cicatrices nombreuses et irrégulières à la région postérieure du coude.

La veille au soir de son entrée à l'hôpital, il est tombé sur ce coude et a perdu connaissance; revenu à lui, il a ressenti des douleurs vives, surtout pendant les mouvements de l'épaule et du membre entier, des élancements avec sensation d'arrachement. Impotence complète du membre ; fièvre la nuit, insomnie.

A l'entrée, on trouve au coude un empâtement général œdémateux, sans rougeur, douloureux à la pression. Il soutient son avant-bras avec sa main gauche et redoute tout mouvement. Pas de crépitation ni de grande mobilité anormale ; pas d'ecchymose ni d'autre signe de fracture: il ne semble y avoir qu'un tiraillement de la cicatrice fibreuse qui a pris la place de l'articulation. Compresses résolutives et compression ouatée.

Sort guéri le 13 février.

Obs. CDVI. — *Entorse du poignet gauche. Prostatite blennorrhagique. Guérison.* — Hulot (Charles), trente-cinq ans, chapelier, entre le 30 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 14. Chute sur le poignet, en courant, le 28 mai ; douleur vive qui n'a pas diminué depuis lors.

État actuel. — Augmentation de volume assez considérable du poignet, mais pas de déformation en dos de fourchette, pas de déplacement des apophyses styloïdes, pas de douleur sur le trajet de la partie inférieure du radius. Par contre, tout mouvement de l'articulation radio-carpienne est très douloureux, surtout les mouvements de latéralité. La pression au niveau de l'interligne articulaire détermine des souffrances très vives. — Cataplasmes, manuluves à l'eau de guimauve.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, il était traité depuis trois semaines pour une prostatite qui s'était déclarée dans le cours d'une blennorrhagie contractée depuis près de deux mois. Il se plaint actuellement d'uriner souvent, d'avoir une sensation de pesanteur au périnée, d'y éprouver par instants des douleurs qui irradient dans la région anale et dans la verge : il est constipé, et le passage des

matières fécales au niveau de la prostate est douloureux. Pas de pus ni de sang dans les urines. Le toucher rectal nous permet de constater que la prostate est douloureuse et volumineuse. Elle n'est pas déformée et le doigt ne rencontre pas de bosselures. Bains, repos au lit, tisane de graine de lin.

3 *juin.* — Les douleurs de l'articulation radio-carpienne sont encore bien vives. Compresses d'eau-de-vie camphrée. Légère compression.

12. — Amélioration. Le malade souffre moins de la prostate, il urine moins souvent.

18. — L'articulation radio-carpienne n'est presque plus douloureuse ; et l'affection prostatique est guérie. Évacuation sur Vincennes.

Obs. CDVII. — *Entorse du genou droit. Immobilisation. Guérison.* — Coulbeau (Victoire), cinquante ans, couturière, entre le 6 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. La veille de son entrée à l'hôpital, la malade, voulant sauter un escalier, s'embarrasse dans sa robe, si bien que sa jambe droite se tord violemment et qu'elle tombe par terre : impossibilité de se relever.

État actuel. — Genou droit tuméfié, jambe demi-fléchie sur la cuisse; une ecchymose existe sur la face interne de la cuisse, commençant à l'extrémité supérieure du tibia, pour s'arrêter vers la partie moyenne de la cuisse. L'articulation du genou est distendue. La recherche de la fluctuation est très douloureuse, toutefois on arrive à reconnaître la présence du liquide. La coexistence d'une ecchymose considérable, le traumatisme et surtout le mécanisme exposé par la malade permettent d'affirmer que le liquide est sinon absolument sanguin, du moins séro-sanguin.

Les mouvements spontanés ou provoqués sont très douloureux. On détermine un craquement assez fort en faisant exécuter des mouvements de flexion ou d'extension. (Un craquement très considérable a été perçu par la malade au moment de l'accident.) La palpation est douloureuse surtout en deux points : 1° au niveau de la tubérosité antérieure du tibia; 2° au niveau de la tête du péroné. Il est probable que les fibres ligamenteuses ont été soit fortement tendues, soit arrachées en partie à ce niveau.

Après avoir redressé la jambe, nous la plaçons dans une gouttière, le genou étant entouré de compresses imbibées d'alcool camphré.

12 *octobre.* — Compression ouatée. La malade dès ce moment se trouve beaucoup mieux. Elle ne souffre presque plus de son genou.

18. — L'appareil est enlevé. Le genou a considérablement diminué de volume. Badigeonnages à la teinture d'iode, compression ouatée.

25. — Appareil plâtré. La malade, à peu près guérie, est envoyée au Vésinet.

Obs. CDVIII. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Appareil silicaté.* — Cartier (Nicolas), vingt-quatre ans, découpeur, entre le 6 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. — En descendant un escalier, il a glissé et est tombé de la hauteur de quatre marches sur le pied gauche. Immédiatement douleur très vive, impossibilité d'appuyer le pied sur le sol.

État actuel. — Gonflement et rougeur dans toute la périphérie de l'articulation à saillies osseuses peu appréciables ; mouvements impossibles, douleurs au niveau des insertions des ligaments.

Pas de crépitation ; pas de déformation. Le pied est dans sa rectitude. Compresses résolutives.

9 *avril.* — Appareil silicaté.

Le 11 avril, le malade demande sa sortie.

Obs. CDIX. — *Entorse du pied droit. Immobilisation de l'articulation avec un bandage roulé.* — Leheucy (Désiré), vingt-trois ans, tonnelier, entre le 11 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 6. — Il vient d'avoir le pied pris sous une feuillette de vin et, en voulant le dégager, il s'est tourné le pied. Il a essayé de marcher, mais au troisième pas il a été obligé de s'arrêter.

A son entrée, quelques heures après l'accident, nous trouvons un gonflement notable de l'articulation tibio-tarsienne s'étendant jusqu'au milieu de la face dorsale du pied et remontant jusqu'à l'union du quart inférieur de la jambe avec les trois quarts supérieurs : pas d'ecchymose, les mouvements sont impossibles. Au niveau des insertions ligamenteuses, les douleurs sont très vives et les mouvements que nous provoquons exagèrent encore la douleur. Pas de crépitations, mais une sorte de laxité des ligaments produite certainement par les tiraillements qu'ils ont subis. La pointe du pied est légèrement inclinée dans la rotation en dedans. — Compresses résolutives.

12 *juin.* — Fièvre hier au soir. Apparition d'une large ecchymose à la partie externe du pied et sur toute sa face dorsale jusqu'aux orteils. Le malade souffre beaucoup.

16. Le gonflement a un peu diminué. On continue des compresses résolutives.

20 — Appareil silicaté.

17 *juillet.* — On enlève le silicate. Bande roulée. Le malade commence à marcher ; et le 24 : exeat.

Obs. CDX. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Compresses résolutives. Appareil silicaté.* — Bazin (Jérôme), vingt-six ans, serrurier, entre le 20 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. — En marchant sur des barres de fonte, son pied a tourné en dedans et il

est tombé : immédiatement douleur violente dans l'articulation tibio-tarsienne. S'étant relevé, il n'a pu marcher.

A son entrée. — Nous trouvons un gonflement très prononcé de l'articulation tibio-tarsienne et de son voisinage : les saillies osseuses ont disparu, la peau est rouge surtout du côté antérieur et dorsal de l'articulation, pas d'ecchymose ; mouvements impossibles : pression très douloureuse. Pas de signes de fracture des malléoles. — Compresses résolutives.

Le huitième jour, le gonflement ayant presque complètement disparu, on immobilise le pied au moyen d'un appareil silicaté.

3 *avril.* — Exeat du malade, sur sa demande, avec son appareil.

Obs. CDXI. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite. Guérison.* — Nuset, vingt-neuf ans, entre le 6 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Excellente santé habituelle. A fait une chute de la hauteur de 7 mètres environ : son pied s'est tourné en dehors, et il n'a pu se relever.

État actuel. — Pas de gonflement ; coloration normale de la peau, à part une ecchymose à la partie externe. Mouvements de l'articulation conservés, malléoles intactes. Le ligament latéral externe n'est pas douloureux à la pression : il n'en est pas de même de l'interne, qui est le siège d'une douleur très vive à la pression. — Compresses résolutives pendant quelques jours et le malade sort guéri.

Obs. CDXII. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite. Immobilisation dans une gouttière. Compresses résolutives. Guérison.* — Métaireau (Joseph), vingt-six ans, charpentier, entre le 21 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 21. — En posant le pied sur le premier échelon d'une échelle, ce pied a tourné ; il a pu regagner difficilement sa demeure distante de 800 mètres.

État actuel. — Gonflement et rougeur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, dont on ne voit plus les saillies osseuses. Pas de déplacement, pas de crépitation, pas de mobilité anormale. La pression et les mouvements imprimés provoquent une vive douleur.

Les mouvements volontaires sont impossibles. — Repos absolu. Immobilisation dans une gouttière. Compresses d'eau blanche.

26 *janvier.* — Le gonflement a presque totalement disparu, on peut s'assurer de nouveau qu'il n'y a pas de fracture. Les mouvements de la part du malade commencent à se faire sans trop de douleur et sont assez étendus. — Même traitement.

9 *février.* — Guérison. Exeat.

Obs. CDXIII. — *Entorse tibio-tarsienne droite.* — Rémond (Charles), trente-neuf ans, couvreur, entre le 7 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Bonne santé habituelle. Le 7 juillet, le malade tombe, avec une échelle, d'un premier étage, sur le pied droit, qui tourne en de-

dans. Il éprouve une douleur vive, ne peut se relever et se présente à l'hôpital.

État actuel. — Le cou-de-pied droit est enflé ; une ecchymose le recouvre en dehors, s'étendant depuis le bord externe du pied jusqu'au quart inférieur de la jambe : peu de douleurs spontanées, le moindre mouvement, soit spontané, soit surtout provoqué, est très douloureux. La pression du doigt détermine en certains points assez limités des souffrances très vives. Ces points sont : 1° les insertions des trois ligaments latéraux externes de l'articulation tibio-tarsienne ; 2° le point qui répond au ligament tibio-péronéen antérieur et inférieur. Il y a donc : entorse tibio-tarsienne externe et entorse tibio-péronière inférieure ; pas de signes d'arrachement malléolaire. — Compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée.

12 *juillet.* — Le malade souffre toujours beaucoup. L'ecchymose commence à prendre à la périphérie une teinte jaunâtre. Elle remonte plus haut que précédemment.

15. — La douleur est toujours vive. Compression ouatée.

20. — On enlève l'appareil compressif : le malade souffre toujours beaucoup ; il ne peut poser le pied par terre. Quatre sangsues sont mises sur la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne.

25. — Pointes de feu autour de l'articulation tibio-tarsienne.

Le malade sort à peu près guéri, le 31 juillet.

Obs. CDXIV. — *Entorse tarsienne gauche. Immobilisation. Guérison.* — Sterobant (Émile), trente-huit ans, découpeur, entre le 10 novembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 18. Ayant glissé sur un parquet ciré, son pied a tourné en dedans, et il est tombé. Il a pu faire cinq ou six pas. Légère tuméfaction de la face dorsale du pied gauche et des deux malléoles, mais principalement de l'externe. Ecchymose très marquée de la face externe de l'articulation tibio-tarsienne. Déviation peu sensible du pied en dedans. Mouvements volontaires presque impossibles et excessivement douloureux. Pas de déplacement des surfaces articulaires ; pas de mobilité anormale, pas de crépitation. Compresses résolutives et gouttière.

15 *novembre.* — Le gonflement a presque complètement disparu. Bandage silicaté.

16. — Le malade retourne chez lui.

12 *décembre.* — Il revient pour qu'on lui enlève son appareil. Guérison complète.

Obs. CDXV. — *Entorse. Abcès du pied. Incision. Guérison.* — Léonard (François), quarante-sept ans, journalier, entre le 21 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 17 *bis*. A mis le pied dans un trou de pavé et a eu beaucoup de peine à regagner sa chambre ; a beaucoup souffert pendant la nuit. Le lendemain, gonflement de toute l'articulation tibio-tarsienne. Impossibilité de marcher.

État actuel. — Gonflement très marqué de l'articulation du pied avec la jambe. Les mouvements volontaires sont impossibles. Pas d'ecchymose. Aucun signe de fracture ou de luxation. — Repos. Compresses résolutives.

21 *juin.* — Sur le cou-de-pied rougeur érysipélateuse. La pression est très douloureuse, la température très élevée ; fluctuation peu manifeste. — Cataplasmes. La guérison se fait lentement ; enfin, le 15 juillet, le fond de la plaie se couvre de bourgeons charnus.

25. Le malade sort du service complètement guéri.

Obs. CDXVI. — *Entorse tibio-tarsienne. Abcès consécutif, péri-articulaire. Incision. Guérison.* — Flamand (Léopold), vingt-huit ans, homme de peine, entre le 25 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 72. Il y a dix-sept jours, il a fait un faux pas ; gonflement considérable mais passager du pied. Il y a cinq jours, il a ressenti au niveau du cou-de-pied une vive douleur ; réapparition d'une tuméfaction aussi marquée qu'après l'entorse. Le lendemain douleurs de plus en plus vives, rougeur de la peau du cou-de-pied ; impossibilité de marcher. État fébrile.

État actuel. — Gonflement très marqué, limité au cou-de-pied, le long et en dedans du jambier antérieur ; la peau est rouge et enflammée ; la température des téguments est plus élevée que celle des régions voisines. Empâtement se prolongeant jusqu'au niveau des orteils sur la face dorsale du pied. Pas de fluctuation. Cataplasmes et repos absolu.

29 *septembre.* — Fluctuation évidente. Incision de 5 centimètres parallèlement à l'axe du pied, le long du tendon du jambier antérieur. Petit drain. Cataplasmes.

Le traitement est continué pendant dix jours ; l'amélioration se fait rapidement, et le 10 octobre la guérison est obtenue. Exeat.

Obs. CDXVII. — *Entorse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Compresses d'eau blanche. Immobilisation à l'aide d'une palette.* — Charbonel (Guillaume), trente-sept ans, menuisier, entre le 12 août, salle Saint-Augustin, n° 80. Hier, en montant un escalier, l'extrémité du pied droit a heurté violemment contre une marche ; vive douleur immédiatement dans tous les doigts du pied, mais surtout dans le gros orteil. A pu monter les deux étages pour arriver à son logement. Pendant toute la nuit la douleur a été excessivement violente.

État actuel. — Tous les orteils et les deux tiers antérieurs du pied sont très gonflés, mais c'est principalement du côté du gros orteil que la tuméfaction est considérable. La peau de toutes ces parties est rouge, chaude, et aux faces supérieure et interne du gros orteil on constate de petites ecchymoses. Point très douloureux à la région métatarso-phalangienne ; pas de crépitation. Mouvements volontaires

impossibles, mouvements provoqués très douloureux, pas de crépitation. — Compresses d'eau blanche.

15 *août.* — On place sur la face plantaire une attelle pour maintenir le pied, et en particulier le gros orteil, dans une immobilité absolue.

30. — Guérison. Sortie.

§ II

LUXATIONS.

Nous pouvons recueillir trente-six observations ainsi réparties suivant leur siège :

Articulations	du maxillaire inférieur		1
—	de la clavicule (luxation en avant de l'extrémité interne)		1
—	de l'épaule	sous-coracoïdiennes	11
		intra-coracoïdiennes	8
—	du coude		10
—	métacarpo-phalangienne (ou du pouce)		3
—	phalangiennes		1
—	de la hanche (ilio-ischiatique)		1
	Total		36

Notre unique observation de luxation de la mâchoire inférieure (obs. CDXVIII) était une luxation itérative, car cette femme se l'était déjà luxée dix-huit mois auparavant. Dans l'un et l'autre cas c'est dans un mouvement physiologique forcé que la luxation s'est produite (rire la première fois, bâillement la seconde) : réduction aisée du reste chaque fois.

Remarquons que cette luxation est assez rare, car sur un relevé de soixante-sept luxations que nous fournissent dix ans de pratique hospitalière, c'est la seule que nous ayons.

Nous ferons la même observation pour la *luxation de l'extrémité interne de la clavicule* (obs. CDXIX) : sur nos 67 cas nous n'en trouvons qu'un autre semblable (t. I, obs. XXIX) ; chez le malade de l'observation CDXXVII elle fut produite

par le choc d'une planche sur le moignon de l'épaule de haut en bas (et sans doute un peu d'avant en arrière), et chez celui de l'observation CDXIX par une chute en avant. D'une façon générale les luxations de la clavicule sont peu fréquentes, car dans notre statistique il n'y en a que deux autres de l'extrémité externe.

Parmi nos dix-neuf luxations de l'épaule il y en a huit d'intra-coracoïdiennes et onze de sous-coracoïdiennes : ce sont les deux seules variétés. Il est peu de luxations qui soient aussi souvent méconnues que celles-ci, témoin l'observation CDXXVIII. L'observation suivante est un cas de luxation itérative : le sujet en avait déjà eu deux de la même épaule depuis cinq mois. Pour la réduction nous avons employé habituellement la méthode des tractions manuelles : une fois (obs. CDXXXI) celle des tractions élastiques, une fois l'appareil de Jarvis, enfin plusieurs fois le procédé de Kocher (de Berne). Notons que la plus vieille de ces luxations avait neuf jours.

A propos de nos dix luxations du coude nous dirons que, d'une façon générale, ces luxations sont plus douloureuses que celles de l'articulation scapulo-humérale. L'observation CDXLVII est intéressante à plus d'un titre. C'est d'abord un cas d'erreur de diagnostic : la lésion est prise pour une entorse et soignée comme telle, en province, pendant trois semaines; puis le coude immobilisé en extension pendant cinquante jours : nouvelle faute, car il est un axiome en thérapeutique chirurgicale qui dit que lorsque des lésions articulaires nécessitent l'immobilisation, il faut placer le membre supérieur en flexion, à angle sinon aigu, du moins droit, et le membre inférieur en extension : donc second point, traitement défectueux. Quoiqu'il y eût cinq mois que la luxation se fût produite, nous essayâmes la réduction avec le puissant appareil de Jarvis et à la traction de 80 kilogrammes nous l'obtînmes.

Les trois luxations du pouce s'accompagnent, curieuse coïncidence, de fracture. C'est moins étonnant pour les deux premières (obs. CDXLIX et CDL), puisqu'il s'agit de jeunes

sujets (quatre ans et trois ans), chez lesquels les épiphyses ne sont pas encore soudées; du reste chez le second il s'agit d'une fracture de la deuxième phalange. Chez le troisième malade, quoique ce fût un adulte de quarante ans, il nous a paru y avoir aussi une fracture de l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce.

L'observation CDLII est curieuse à cause de luxation simultanée des phalangines des trois doigts du milieu de la main gauche. Nous n'avons du reste dans nos précédentes statistiques que quatre luxations des phalanges.

L'unique observation de luxation de la hanche (obs. CCLIII appartenait à la variété ilio-ischiatique ; elle était récente, aussi pûmes-nous aisément la réduire avec l'appareil de Jarvis : toutefois il fallut que le dynamomètre accusât 80 kilogrammes pour l'obtenir.

Obs. CDXVIII. — *Luxation double de la mâchoire inférieure. Réduction. Guérison.* — Millard (Eugénie), trente-neuf ans, blanchisseuse, 10 novembre 1881 (externe). Pas d'antécédents héréditaires. Jamais de rhumatisme. Toujours bonne santé. Il y a dix-huit mois, en riant, elle se fit une luxation de la mâchoire, qui fut réduite immédiatement. Ce matin, en se réveillant, bâillement et impossibilité de fermer la bouche.

État actuel. — Bouche ouverte, et impossibilité de la fermer : arcade dentaire inférieure en avant de la supérieure, joues aplaties, dépression au devant des deux conduits auditifs, et dans la bouche saillie des apophyses coronoïdes, parole presque impossible. — Réduction facile. Bande appliquée en forme de mentonnière pour immobiliser la mâchoire inférieure : on la laisse pendant deux semaines. Guérison.

Obs. CDXIX. — *Luxation complète en avant de l'extrémité interne de la clavicule.* (Pièce moulée et déposée au n° 523 de notre collection du musée Saint-Louis.) — Bemac (Louis), dix-neuf ans, épicier, entre le 21 mai 1881, salle Saint-Augustin. n° 78. Il y a trois jours, chute en avant sur le moignon de l'épaule gauche. Immédiatement, violente douleur au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Douleur exagérée par les moindres mouvements: saillie anormale dans la même région.

État actuel. — Indépendamment des désordres fonctionnels caractérisés par un certain degré d'impuissance du membre, surtout dans les mouvements d'abduction et d'élévation, il y a une saillie solide,

formée par l'extrémité interne de la clavicule. Cette extrémité est de plus légèrement abaissée ; les deux facettes sont à peine demeurées en contact par leurs bords (antérieur pour la facette sternale, postérieur pour la facette claviculaire). Pas de crépitation ni point douloureux sur le trajet de l'os. Ecchymose peu considérable au niveau de la région sternale. Réduction assez facilement obtenue au moyen des manœuvres suivantes. On pousse d'avant en arrière sur l'extrémité luxée, tandis qu'un aide fixant l'avant-bras au tronc tire sur le bras et l'épaule qu'il attire ainsi fortement en dehors.

Mais réduite, la luxation se reproduit presque immédiatement. Nous fixons alors la clavicule en place avec un appareil ainsi composé :

1° Une grosse pelote faite avec des compresses graduées et appliquée sur l'extrémité luxée ; 2° une couche de ouate est ployée sur cette pelote et protège en même temps les deux épaules contre la pression des bandes ; 3° des bandes de toile en double sautoir passent sur la pelote qu'elles maintiennent tout en tenant le corps dans une bonne attitude ; des bandes silicatées transforment l'appareil en un appareil inamovible.

L'appareil est bien supporté et le malade est envoyé à Vincennes le 4 juin.

Obs. CDXX. — *Luxation sous-coracoïdienne droite de l'humérus. Réduction avec l'appareil Jarvis.* — Mar (Louise), soixante-deux ans, couturière, entre le 20 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 55. Forte constitution, bonne santé habituelle. Ce matin elle a fait une chute sur le moignon de l'épaule droite : a éprouvé une violente douleur au point contus et n'a pu se servir de son membre.

État actuel. — Le bras droit est dans l'abduction, le coude écarté du tronc et en arrière. Déformation de l'épaule caractérisée par la saillie de l'acromion, l'aplatissement du deltoïde et l'allongement de la paroi antérieure de l'aisselle. Au toucher, on déprime facilement le deltoïde, et on reconnaît que la cavité glénoïde est vide. En mettant la main dans le creux axillaire, on sent la tête humérale au-dessous de l'acromion. Pas d'ecchymose. Impossibilité des mouvements spontanés. Mouvements provoqués très douloureux.

21 *janvier.* — Chloroforme. Réduction avec l'appareil Jarvis, avec une traction de 60 kilos. Immobilisation du membre avec un bandage roulé.

Obs. CDXXI. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction. Immobilisation dans un appareil silicaté.* — Perchon (Joseph), trente-trois ans, charretier, entre le 24 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. La veille, en descendant d'un grenier, il est tombé sur l'épaule gauche d'une hauteur d'environ 2 mètres. Douleurs très vives aussitôt après l'accident, impossibilité de faire des mouvements du bras du même côté.

État actuel. — Bras dans l'adduction et tourné en dehors, le coude écarté, et l'avant-bras demi-fléchi. L'épaule est aplatie. Mouvements provoqués douloureux très limités. Ecchymose de la région interne et postérieure du bras dans ses deux tiers supérieurs. La paroi de l'aisselle est soulevée et plus longue qu'à l'état normal.

En examinant le creux axillaire, on sent la tête de l'humérus en dedans et au-dessous de l'apophyse coracoïde. Elle vient repousser en avant et soulever la paroi antérieure de l'aisselle. Réduction par tractions manuelles sans anesthésie. Immobilisation par un appareil silicaté.

20 *novembre.* — Guérison. Exéat.

Obs. CDXXII. — *Luxation sous-coracoïdienne humérale gauche. Réduction. Appareil plâtré.* — Dommergue (Pierre), cinquante-sept ans, entre le 7 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 76. Il y a trois jours, en descendant de son camion, il a glissé sur le marchepied et a fait une chute sur l'épaule gauche. Violente douleur. Impotence du membre.

État actuel. — Il existe du côté de l'épaule gauche tous les signes de la luxation sous-coracoïdienne. — La réduction est obtenue facilement sans anesthésie par tractions manuelles. Appareil plâtré pour maintenir la réduction.

17. — Exéat du malade sur sa demande avec son appareil.

Obs. CDXXIII. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction.* — Acni (Ferdinand), quarante-cinq ans, 7 juin 1882 (externe). N'a jamais eu de luxations. A reçu le choc violent d'un essieu qui l'a frappé d'arrière en avant et un peu de dehors en dedans.

État actuel. — Épaule tuméfiée, ce n'est que très difficilement que l'on trouve la tête humérale sous l'apophyse coracoïde. Réduction aisée par tractions manuelles. Immobilisation pendant quelques jours dans une écharpe.

Obs. CDXXIV. — *Luxation de l'épaule gauche. Réduction. Écharpe plâtrée.* — Tutot (Achille), trente-neuf ans, maçon, entre le 30 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. En passant près d'une machine à vapeur, il a reçu dans l'épaule gauche un coup de volant. Perte de connaissance pendant quinze minutes. Revenu à lui, il a ressenti une violente douleur dans l'épaule et il lui a été impossible de faire des mouvements.

A son entrée. — Nous trouvons à la partie antéro-externe de l'épaule gauche une ecchymose occupant presque toute la région deltoïdienne. Le moignon de l'épaule est aplati. En explorant le creux axillaire, on sent la tête de l'humérus qui est appliquée contre les parois interne et antérieure. Le bras a subi un allongement de 2 centimètres et tout le membre supérieur est porté dans la rotation en dedans. Le malade ne peut exécuter des mouvements et ceux

qu'on provoque, surtout ceux d'élévation et d'adduction, sont très douloureux. — Chloroformisation. Réduction sans difficulté. Immobilisation du bras au moyen d'une sorte d'écharpe de Mayor en plâtre.

19 *novembre*. — On enlève l'appareil ; la réduction s'est bien maintenue, et si les mouvements de l'épaule sont un peu moins étendus, le malade les exécute sans douleurs et avec facilité.

Obs. CDXXV. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction. Echarpe plâtrée.* — Leblanc (Édouard), quarante-sept ans, charretier, entre le 5 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 9. La veille, il est tombé de sa voiture sur l'épaule droite et sur la tête. Perte de connaissance, pendant vingt minutes. Revenu à lui, douleur vive dans l'épaule, impossibilité de remuer le bras.

A son entrée. — On constate une large ecchymose occupant tout le moignon de l'épaule et descendant jusqu'au tiers de la face postéro-externe du bras. Aplatissement du moignon de l'épaule, agrandissement de la cavité axillaire. Le bras est dans la rotation en dehors, l'avant-bras demi-fléchi est soutenu par l'autre main du malade ; le coude est légèrement écarté du tronc. Mouvements volontaires impossibles. Tête humérale derrière le grand pectoral. — On tente la réduction séance tenante, mais le malade est si indocile qu'on est obligé d'avoir recours au chloroforme. Réduction. Appareil plâtré en forme d'écharpe.

23 *juillet*. — Le malade sort avec son appareil.

Obs. CDXXVI. — *Luxation de l'épaule gauche.* — Nullus, soixante-deux ans, garçon maçon, entre le 15 février 1882, salle Sainte-Marthe. Ce malade est tombé directement sur l'épaule en descendant un escalier.

État actuel. — L'axe du bras est dévié : impossibilité de rapprocher le bras du tronc, vacuité glénoïde, tête humérale sous l'apophyse coracoïde. — Après avoir essayé la réduction sans anesthésie par les moyens ordinaires (y compris le procédé de talon), nous endormons le malade et il suffit d'une traction légère pour opérer la réduction. — Immobilisation de quelques jours dans une écharpe.

Obs. CDXXVII. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction.* — Lucus, cinquante et un ans, ajusteur, 1er janvier 1882 (externe). A reçu un coup sur le moignon de l'épaule.

État actuel. — Douleurs, abolition de certains mouvements. Saillie de l'acromion, dépression sous-acromiale, écartement du coude, changement de direction dans l'axe de l'humérus, etc. La tête de l'humérus est sentie sur la paroi antérieure de l'aisselle au-dessous de l'apophyse coracoïde. — Anesthésie. Réduction assez difficile : immobilisation du bras dans une écharpe. Huit jours après on enlève l'écharpe : un peu de raideur seulement.

Obs. CDXXVIII. — *Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite. Réduction.* — Notaire (Constant), soixante-dix ans, 23 juillet 1881 (externe). Sujet bien constitué et encore vigoureux. Il y a neuf jours, chute sur le moignon de l'épaule droite; aussitôt après l'accident, douleurs violentes, impuissance fonctionnelle et, peu après, gonflement du moignon de l'épaule, vaste ecchymose. Un médecin, appelé, ordonna l'application de compresses résolutives et de pommade. Le gonflement diminua progressivement; l'ecchymose commença à se résorber, mais l'attitude vicieuse et l'impuissance fonctionnelle du membre persistent.

État actuel. — Le membre supérieur droit est immobilisé dans une attitude vicieuse; le bras, éloigné du tronc, est dans la rotation en dedans, le coude écarté est porté en arrière. Le moignon de l'épaule offre en dehors, et surtout en arrière, un aplatissement surmonté par la brusque saillie de l'acromion. La paroi antérieure de l'aisselle est allongée et offre, immédiatement en avant de l'apophyse coracoïde, une saillie globuleuse, manifestement due à la tête humérale. Le bras droit offre un raccourcissement de 1 centimètre et demi. Les mouvements volontaires sont très limités et douloureux. Pas de crépitation.

23 *juillet.* — Chloroforme. Réduction par tractions manuelles à la première tentative. Immobilisation pendant vingt jours.

Obs. CDXXIX. — *Luxation intra-coracoïdienne. Réduction.* — Viel (Eugène), vingt-deux ans, doreur, 3 juin 1882 (externe). A eu deux luxations de l'épaule droite depuis cinq mois : la dernière luxation a eu lieu il y a deux mois. Il y a deux heures, il a fait une chute sur la main, le bras étant en extension : on trouve tous les signes d'une luxation de l'épaule : angle droit formé par le bras et l'épaule : dépression au niveau de la cavité glénoïde : coup de hache deltoïdien; on sent facilement la tête humérale au-dessous et en dedans du bec de l'apophyse coracoïde. — Réduction par tractions manuelles avec un bruit caractéristique. Immobilisation du bras pendant quelques jours avec une écharpe.

Obs. CDXXX. — *Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule gauche. Réduction. Guérison.* — Cornélis (André-Émile), soixante-huit ans, orfèvre, entré le 7 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22. Toujours bien portant. Hier soir, il glissa et tomba sur le côté gauche : douleur dans cette épaule.

État actuel. — Aplatissement en arrière du moignon de l'épaule : saillie du creux sous-claviculaire, coude en arrière et appliqué sur le thorax : mouvements passifs du bras douloureux. Peu de gonflement de l'épaule. État général bon. — Réduction par extension et contre-extension. Écharpe de Mayor. Exéat le 21 novembre, guéri avec les mouvements de l'épaule légèrement douloureux.

Obs. CDXXXI. — *Luxation de l'épaule intra-coracoïdienne. Réduction.* — Jolibois (Auguste-Narcisse), cinquante ans, menuisier, entre le 8 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 33. Bonne santé ordinaire. Au mois de décembre dernier, en tombant dans un escalier, il s'est luxé l'épaule gauche : elle fut remise à Saint-Louis, après trois tentatives. Hier, une poutre lui est tombée sur la même épaule : nouvelle luxation.

Ce matin nous trouvons une luxation intra-coracoïdienne classique. — La réduction par douceur est impossible, on applique des drains volumineux serrés sur le bras luxé et prenant leur point d'appui sur l'extrémité inférieure de l'humérus. La contre-extension est faite avec une alèze; l'extension progressivement obtenue au moyen de moufles attachés aux drains de caoutchouc : au bout d'une minute et demie la luxation se réduit seule avec le bruit caractéristique. Le bras est fixé dans une bonne position contre la poitrine.

Six jours après, on défait les bandes et le malade sort, commençant à se servir de son bras. Bains sulfureux et douches.

Obs. CDXXXII. — *Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite. Réduction.* — Jonin (Annet), soixante-neuf ans, sellier, entre le 17 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 19. Hier, il fait un faux pas et tombe de sa hauteur sur le poignet droit : vive douleur à l'épaule et il s'aperçoit qu'il ne peut que très difficilement remuer le bras. Il entre immédiatement dans le service où quelques tentatives de réduction sont faites inutilement par l'interne de garde.

Ce matin, nous constatons l'existence d'une luxation intra-coracoïdienne avec impossibilité de faire le moindre mouvement. Pour réduire, nous employons le procédé de Kocher.

Immobilisation pendant quelques jours. Exéat.

Obs. CDXXXIII. — *Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite. Réduction.* — Cretté (Victor), cinquante et un ans, serrurier, entre le 12 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 3. Le 12 avril, ce malade tombe à la renverse sur l'épaule droite. Douleur vive, impossibilité de se servir du bras droit.

13 *avril.* — On constate tous les signes de la luxation intra-coracoïdienne, saillie sous-claviculaire formée par la tête de l'humérus, aplatissement du moignon de l'épaule, etc. Une tentative de réduction reste infructueuse.

14. — Chloroformisation. On peut alors très facilement opérer la réduction par tractions manuelles. Immobilisation par une écharpe.

15. — Un peu de douleur dans l'articulation de l'épaule. La douleur continue pendant les jours suivants.

22. — Guérison. Exéat.

Obs. CDXXXIV. — *Luxation de l'épaule droite. Réduction.* — Antoine Chauson, soixante-huit ans, journalier, entre en novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 80. Cet homme, d'une bonne santé ordi-

naire, est déjà entré dans le service, cette année, pour une fracture de côte, dont il a bien guéri. A fait une chute sur l'épaule.

A son entrée. — On constate tous les signes d'une luxation intra-coracoïdienne. — Quelques tentatives de réduction sont faites vainement par le procédé de Kocher. Chloroformisation. Il suffit d'une traction légère pour obtenir la réduction. Immobilisation pendant huit jours.

Obs. CDXXXV. — *Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite. Réduction par le procédé de Kocher.* — Laucus, journalière, entre le 14 juin 1883, salle Sainte-Marthe, n° 53. Bonne santé habituelle. A fait une chute sur l'épaule droite.

A son entrée. — Signes classiques de la luxation sous-coracoïdienne (la tête est parfaitement perceptible en ce point). — Réduction par le procédé de Kocher. Immobilisation pendant quelques jours.

Obs. CDXXXVI. — *Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule gauche. Réduction par le procédé de Kocher.* — Best (Alexandre), trente et un ans, journalier, entre le 1er juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 34. Le 30 juin, ce malade, en courant, tombe par terre en projetant sa main gauche en avant pour amortir la chute. Il ressent une douleur vive à l'épaule gauche, et s'aperçoit qu'il ne peut mouvoir le bras de ce côté. Il entre le 1er juillet dans le service. L'interne de garde essaye de réduire la luxation.

2 *juillet.* — Nous constatons les signes d'une luxation intra-coracoïdienne. Réduction par le procédé de Kocher. Immobilisation pendant huit jours.

Obs. CDXXXVII. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction.* — Sauvée (François), soixante-sept ans, forgeron, entre le 24 janvier 1881. Ce malade s'est luxé déjà deux fois l'épaule droite depuis trois ans. Il y a deux jours, en faisant un mouvement brusque pour se retourner dans son lit il s'est luxé à nouveau l'épaule et il se présente dans l'état suivant : dépression sous-acromiale manifeste à la palpation malgré le volume considérable du deltoïde, coude écarté du tronc et ne pouvant être mis au contact du thorax : tête humérale sentie sous le grand pectoral à la partie interne du creux axillaire.

Cette luxation produite si facilement et pour la troisième fois paraissait devoir être facile à réduire, il n'en fut rien cependant, sans doute à cause de la force musculaire énorme du sujet.

Le 24 janvier les manœuvres simples, faites sans appareil, ayant échoué, le malade est fixé entre deux lits et des tractions continues sont exercées pendant dix minutes par une bande de caoutchouc.

L'extension étant brusquement cessée, on porte le bras dans l'adduction, mais la réduction ne se fait pas.

26 *janvier.* — Le malade est chloroformé et la réduction se fait très

facilement. La réduction est maintenue à l'aide d'une bande fixant le bras. Exeat le 30.

Obs. CDXXXVIII. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction. Appareil silicaté.* — Nival (Auguste), trente-neuf ans, charretier, entre le 21 juin 1881, au n° 7 de la salle Sainte-Marthe. Hier, en descendant de son siège, son pied a glissé sur le marchepied et il est tombé sur l'épaule. Aussitôt : douleur très vive, et impotence du membre.

État actuel. — Nous constatons une saillie très prononcée de la voûte coraco-claviculaire. Le malade tient son coude éloigné du corps. Il existe une large ecchymose qui occupe tout le moignon de l'épaule. Du côté de la paroi interne de l'épaule il existe une autre ecchymose qui s'étend jusqu'à la partie moyenne de la septième côte. Allongement de 3 centimètres. Les mouvements spontanés sont impossibles, et les autres très limités. A la partie inférieure de l'aisselle, tumeur arrondie, dure, immobile, qui n'est autre que la tête humérale. Réduction immédiate. Appareil silicaté.

Le 27 *juillet.* — On enlève l'appareil; la guérison est complète. mais l'articulation conserve une certaine raideur.

Obs. CDXXXIX. — *Luxation du coude en arrière. Réduction.* — Rossin (Jean-Baptiste), trente-cinq ans, paveur, entre le 1er juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22. D'une bonne santé habituelle. Une heure avant l'entrée a été renversé par un fiacre contre un tas de pavés de telle sorte que l'extrémité inférieure de l'humérus gauche et l'avant-bras, fléchi à angle droit, ont porté le poids du corps.

Etat actuel. — Signes classiques de la luxation du coude en arrière : l'avant-bras est en demi-flexion ; l'olécrâne fait une saillie considérable en arrière : 5 centimètres de raccourcissement. — La réduction est faite immédiatement et assez facilement. On fixe le membre contre le thorax dans une bonne position. Cessation des douleurs.

Obs. CDXL. — *Luxation complète du coude droit en arrière. Fracture du radius du même côté. Fracture de l'humérus gauche. Diphthérie. Mort.* — Jufionez (Adolphe), 16 ans, galochier, entre le 12 janvier 1882 au n° 12 de la salle Sainte-Marthe. Est tombé hier de la hauteur d'un quatrième étage; a perdu connaissance pendant près de deux heures.

Etat actuel. — Contusions multiples sur tout le corps et principalement sur le tronc du côté gauche. Du côté des membres supérieurs, une luxation du coude droit, une fracture du radius du même côté et une fracture de l'humérus droit.

A. *Luxation du coude.* — Le coude est déformé et est le siège d'un gonflement peu considérable. L'avant-bras est dans la demi-flexion et en supination, et on ne peut le mettre dans l'extension. L'olécrâne forme une saillie considérable en arrière et en haut. En avant, on sent une tumeur arrondie, dure, irrégulière, formée par l'extrémité

inférieure de l'humérus. La tête du radius a suivi l'olécrâne dans sa projection en haut et en arrière et a conservé ses rapports avec le cubitus. Raccourcissement de 2 centimètres et demi. Mouvements impossibles de la part du malade.

B. Fracture du radius. — Un peu de gonflement de l'avant-bras. Au niveau de l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'os, déformation cylindrique : mobilité anormale, peu de déplacement.

C. Fracture de l'humérus droit. — Elle siège à l'union des tiers moyen et inférieur : gonflement s'étendant jusqu'au-dessous de l'articulation du coude. Ecchymose de la face interne et inférieure du bras bras : mobilité anormale, crépitation. Le fragment supérieur fait saillie en avant et en dehors, l'inférieur en arrière et en dedans : près de 2 centimètres de raccourcissement. Perte des mouvements volontaires.

13 *janvier*. — Réduction de la luxation du coude et appareil plâtré. On réduit également la fracture du radius et l'on met l'avant-bras dans un appareil plâtré. Comme le gonflement est assez considérable du côté de l'humérus, on applique des compresses résolutives.

20. — Appareil inamovible sur l'humérus.

27. — Diphthérie. Évacuation sur un service de médecine où il meurt quelques jours après.

Obs. CDXLI. — *Luxation du coude en arrière. Réduction. Écharpe plâtrée.* — Boulanger (Alexandre), quarante-sept ans, menuisier, entre le 9 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Étant monté sur une échelle, il est tombé de la hauteur de 2 mètres sur les mains. Aussitôt il a ressenti dans le coude une violente douleur et il lui a été absolument impossible de faire des mouvements.

A son entrée. — Gonflement très marqué du coude : pas d'ecchymose. L'olécrâne se trouve au-dessus de la ligne allant de l'épitrochlée à l'épicondyle, et est porté en arrière. Les mouvements sont impossibles. Il existe un peu d'épanchement dans l'articulation du coude. — Comme le malade souffre beaucoup et se laisse difficilement examiner : anesthésie. Réduction facile. Immobilisation du bras au moyen d'une écharpe faite avec des bandes plâtrées.

8 *mai*. — Guérison. Sortie.

Obs. CDXLII. — *Luxation du coude en arrière. Réduction. Appareil plâtré.* — Jourdin (Philippe), quarante ans, charretier, entre le 11 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. La veille, vers cinq heures du soir, il a fait une chute sur les deux mains. Immédiatement : douleur très vive dans la région du coude, impossibilité de mouvoir cette articulation.

Etat actuel. — Avant-bras dans une demi-flexion sur le bras et une large ecchymose occupant la moitié inférieure et postéro-interne du bras à 4 centimètres de la face postérieure de l'avant-bras. Impo-

tence du membre. La saillie de l'olécrâne est plus prononcée et, par suite, le diamètre antéro-postérieur est augmenté. Cette apophyse dépasse la ligne qui va de l'épicondyle à l'épitrochlée. Du côté du radius on sent parfaitement sa tête qui est aussi, elle, portée en arrière et en haut. Quant à l'humérus, son extrémité inférieure est portée en dedans et en avant. Les mouvements sont impossibles et très douloureux quand on cherche à en produire. Pas de crépitation, aucun signe de fracture. Réduction (la contre-extension et l'extension étant confiées à deux aides, pendant qu'avec le pouce on repousse l'olécrâne en avant); elle s'obtient du reste facilement. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré.

22 *août*. — Le malade quitte le service avec son appareil.

Obs. CDXLIII. — *Luxation du coude en arrière. Réduction. — Appareil silicaté.* — Pagis (Théodore), quarante-deux ans, journalier, entre le 3 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30. Il y a deux jours, il a fait une chute sur les mains. Immédiatement douleurs très vives du côté du coude droit, mouvements impossibles de cette articulation.

Etat actuel. — Gonflement considérable du coude, et une large ecchymose occupant le tiers inférieur des faces postéro-internes du bras et presque la moitié de l'avant-bras. Le bras est écarté du thorax. La saillie olécranienne est beaucoup plus prononcée et plus élevée qu'à l'état normal. Par le toucher, on reconnaît que l'olécrâne est porté en haut bien au-dessus de sa cavité et de la ligne formée par l'épicondyle et l'épitrochlée. La tête du radius fait aussi une légère saillie en arrière. Impotence du membre. Mouvements provoqués extrêmement douloureux et presque impossibles. Compresses d'alcool camphré.

7 *septembre*. — Le malade étant endormi, on réduit facilement la luxation. Immobilisation du membre au moyen de bandes silicatées.

22. — On enlève l'appareil. Raideur de l'articulation. Bains sulfureux ; et le 23 : sortie.

Obs. CDXLIV. — *Luxation du coude en arrière. Réduction. Écharpe plâtrée.* — Guesdon (Prosper), portefaix, entre le 2 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 3. En portant une malle, il a glissé, et en tombant sur les mains en avant, la malle est venue frapper fortement le bras au niveau du coude, du moins il explique ainsi l'accident : vive douleur au niveau du coude et impotence du membre.

État actuel. — Gonflement très grand du coude et aussi de l'articulation : ecchymose très peu étendue. Le bras est écarté du tronc et l'avant-bras en pronation. L'apophyse olécranienne est portée en arrière et a dépassé la ligne formée par l'épitrochlée et l'épicondyle. Du côté du radius : saillie en arrière, formée aussi par sa tête qui a été entraînée en haut. On ne peut faire exécuter de mouvements de

l'articulation sans occasionner de grandes souffrances au malade. Il existe un léger épanchement sanguin dans l'articulation. Compresses résolutives autour de l'articulation.

8 *août*. — Comme le malade souffre beaucoup, on le chloroformise et l'on fait facilement la réduction. Écharpe plâtrée.

25. — La réduction est bien maintenue; on remplace l'appareil plâtré par une écharpe de Mayor.

26. — Le malade sort.

Obs. CDXLV. — *Luxation incomplète du coude en arrière et en dedans. Réduction. Guérison.* — Jugler (Nicolas), journalier, entre le 24 mai 1881, salle Sainte-Augustin, n° 76 *bis*. — Le 21 mai, ce malade a été pris par une corde de volant qui lui a mis brusquement la main gauche dans une supination forcée. Grande douleur dans la région du coude. Il garde le repos pendant trois jours; puis, voyant que son état ne s'amende pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Tuméfaction considérable du coude qui est fusiforme et ne permet par conséquent de voir aucun déplacement osseux appréciable. Au palper on trouve : l'olécrâne remonté en haut et en arrière et il forme le sommet d'un triangle dont les deux extrémités sont constituées par l'épitrochlée et l'épicondyle. Une palpation plus minutieuse permet également de constater un léger déplacement de la tête radiale. — Tentatives de réduction, mais les douleurs extrêmement vives perçues par le malade nous empêchent d'insister.

25. — Le malade est pris de vomissements et de lipothymies au moment de l'administration de l'agent anesthésique, qui nous obligent encore à retarder d'un jour la réduction.

26. — Réduction sous le chloroforme, avec un bruit particulier. Appareil inamovible, le coude étant placé à angle droit.

27. — Exéat.

Obs. CDXLVI. — *Luxation et contusion du coude. Réduction. Immobilisation.* — Thébaut (Charles), peintre, quarante ans, entre le 8 juin, salle Saint-Augustin, n° 76. Renversé de voiture, ce malade est tombé sur le côté droit du corps, la main en pronation. Relevé immédiatement, il accuse une forte douleur à la région du coude qu'il ne peut remuer que très péniblement. A son entrée, tuméfaction du coude droit qui est augmenté de volume dans ses diamètres transversal et antéro-postérieur. Pas d'ecchymoses. La palpation nous montre que l'olécrâne est porté en haut et en arrière. L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras : la tête radiale a quitté le condyle huméral et se trouve en dehors de sa situation ordinaire. Contusions assez considérables de l'épaule et de la face du côté correspondant : douleur dans la région de la hanche droite. — La réduction de la luxation s'effectue facilement au moyen de la traction combinée à un mouvement

de propulsion en avant de la saillie olécranienne. Le bras est immobilisé dans la flexion et dans la demi-pronation.

13 *juin.* — Le malade sort sur sa demande.

Obs. CDXLVII. — *Luxation du coude datant de 5 mois. Réduction avec l'appareil de Jarvis.* — Victorine Clere, seize ans, lingère, entre le 9 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 49. Il y a cinq mois, étant en province, chute dans laquelle le coude porta fortement. Douleur très vive et impotence fonctionnelle immédiate. On la soigne pendant trois semaines pour une entorse de l'articulation. Alors l'avant-bras est étendu sur le bras : appareil inamovible et laissé pendant cinquante jours; après quoi, pour combattre l'ankylose, on applique à plusieurs reprises des pointes de feu, aucun résultat : la malade est envoyée à Paris.

Etat actuel. — Le membre supérieur gauche, fusiforme au niveau du coude, ne présente plus de pli, mais au contraire une saillie antérieure, assez prononcée. En arrière les fossettes qui existent normalement de chaque côté de l'olécrâne sont effacées. L'avant-bras forme avec le bras un angle obtus ouvert en dedans. Enfin la région péri-articulaire porte les traces de nombreuses pointes de feu. Tout mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras est impossible : à peine la malade a-t-elle conservé quelques mouvements de pronation et de supination. Encore l'analyse exacte de ces mouvements montre-t-elle qu'ils se passent surtout dans l'articulation radio-cubitale inférieure. — On peut communiquer au membre des mouvements de latéralité très étendus, spontanément ces mouvements sont impossibles. A la palpation : 1° dans le pli du coude, saillie formée évidemment par la poulie humérale; 2° l'olécrâne en arrière est remonté en haut et en dedans; aussi le trouve-t-on à 1 centimètre au-dessus de la ligne allant de l'épicondyle à l'épitrochlée. La tête du radius, facile à sentir dans les mouvements de pronation, est également portée en arrière, mais plutôt un peu en dehors. Aucun trouble dans la sensibilité et la motilité de la région.

12 *mars.* — Anesthésie. L'opération est faite à l'aide de l'appareil de Jarvis. Les surfaces articulaires sont ramenées au contact l'une de l'autre au moyen d'une traction de 80 kilogrammes prolongée pendant dix minutes environ. Malheureusement ces surfaces ayant perdu leur forme primitive, la réduction est nécessairement impuissante à rendre au membre toutes ses fonctions. — Appareil plâtré immobilisant le bras à angle droit.

13. — La malade a beaucoup souffert, et pour la calmer on a dû lui faire des injections sous-cutanées de morphine.

20. — On enlève l'appareil plâtré et l'on commence à pratiquer des mouvements.

25. — La malade, qui s'est un peu affaiblie par son séjour dans les

salles, est envoyée au Vésinet. Elle peut fléchir un peu et étendre le bras de 30° environ. De plus la nouvelle position du membre lui permet de s'en servir d'une façon très efficace.

Obs. CDXLVIII. — *Luxation du coude en dehors. Réduction. Appareil dextriné.* — Vauluisant (Charles), trente-neuf ans, marchand des quatre saisons, entre le 3 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 77. Il a glissé et est tombé sur la paume des mains. Il ne saurait dire si la main droite a porté plus violemment sur le sol que la main gauche; toujours est-il que c'est dans le coude droit qu'aussitôt après l'accident, il a éprouvé une douleur aiguë dans l'articulation huméro-cubitale : impossibilité d'exécuter des mouvements; fourmillements quelques heures après dans tout l'avant-bras et la main, puis gonflement du coude. Le blessé reste ainsi trois jours, le bras en écharpe.

Etat actuel. — Le membre n'est plus dans sa direction normale; il est demi-fléchi et dans la pronation. L'avant-bras a subi une sorte de torsion : la face postérieure en effet est devenue externe et sa face antérieure interne. Le diamètre transversal du coude est élargi : au-dessus du pli existe une dépression, et au-dessous une saillie assez considérable qu'on reconnaît être la tête du radius. Le tendon du triceps est dévié vers le bord externe. Au-dessous du coude, sur la face externe de l'avant-bras, on sent une saillie considérable due aux extrémités des os de l'avant-bras. En arrière, à la place de l'apophyse olécranienne, on trouve une surface aplatie sous laquelle on reconnaît la trochlée et la cavité olécranienne uniquement recouvertes par la peau. Par suite, la pointe de l'olécrâne, sortie de sa cavité, est rejetée en dehors. Les mouvements de flexion et d'extension peuvent se faire, mais ceux de flexion et d'extension sont à peu près abolis. On observe aussi à la partie interne de l'avant-bras et sur la face antérieure, au-dessous du pli du coude, une ecchymose d'une superficie de 3 à 4 centimètres carrés. Compresses résolutives.

12 *octobre*. — Réduction après avoir chloroformé le malade, puis appareil dextriné en forme d'écharpe.

26. — On enlève l'appareil. Il y a de la raideur articulaire, mais la réduction a été parfaitement obtenue. On prescrit au malade d'exécuter fréquemment des mouvements du coude pour faire disparaître cette raideur, et le 28 : sortie.

Obs. CDXLIX. — *Luxation du pouce en arrière, avec décollement de l'épiphyse de la phalange. Réduction. Guérison.* — Burger (Charles), quatre ans, entre le 16 mai 1881, salle Saint-Augustin. Ce petit malade est tombé hier soir en jouant.

Etat actuel. — La région de l'articulation de la deuxième phalange du pouce avec le métacarpien est tuméfiée et considérablement plus volumineuse que celle du côté opposé. Il existe en outre un certain degré de raccourcissement du membre, enfin le pouce dans l'exten-

sion forcée forme en arrière avec le métacarpien un angle de 110° à 120°. A la palpation à la face palmaire on sent la tête volumineuse et saillante du métacarpien et à la face dorsale l'extrémité supérieure de la phalange. Celle-ci forme également une saillie dans la région, mais moins volumineuse que celle du métacarpien. Il y a donc un chevauchement très net. La région est assez douloureuse, mais cependant on peut y déterminer facilement des mouvements anormaux et spécialement des mouvements de latéralité considérables. Le mouvement de flexion au contraire est complètement supprimé.

Réduction de la façon suivante : maintenant le pouce dans l'extension forcée, nous l'attirons en haut, le faisant ainsi glisser sur la face dorsale du métacarpien. Arrivé à l'extrémité inférieure de cet os, au niveau de sa tête, nous le renversons tout en continuant la traction et nous le ramenons dans la flexion. Ce simple mouvement suffit pour réduire la luxation.

Mais la réduction effectuée, nous constatons encore des mouvements anormaux de latéralité : explorant avec soin la région, nous en arrivons à conclure à un décollement de la tête de la phalange. Si l'on saisit en effet cette tête entre le pouce et l'index de la main gauche, aussi près que possible de l'interligne articulaire, si d'autre part on détermine avec la main droite les mouvements de latéralité dont nous parlions, on constate facilement qu'ils se passent entre deux fragments de la phalange. — Le pouce est immobilisé au moyen d'une petite attelle, que le malade n'enlèvera pas avant douze jours.

Obs. CDL. — *Luxation du pouce en arrière. Fracture de la deuxième phalange. Réduction. Appareil inamovible. Guérison.* — Müller (Fernand), trois ans, 17 juillet 1881 (externe). L'accident a été déterminé par une chute sur la main. L'enfant jouait et il est bien difficile de savoir quelle position avait le pouce au moment de cette chute.

On nous l'apporte le lendemain à l'hôpital, où nous constatons facilement, malgré la tuméfaction de la main gauche, les désordres suivants : le métacarpe est en arrière et sa position normale en luxation incomplète. La deuxième phalange du pouce est fracturée à sa partie moyenne. Sans difficulté aucune nous procédons à la réduction de la luxation. Un petit appareil construit avec deux attelles en carton et des bandes de caoutchouc immobilise la fracture et l'articulation malade.

24 *juillet.* — Nous retirons l'appareil. La main sera tenue encore quelques jours en écharpe.

Obs. CDLI. — *Luxation du pouce en arrière et probablement fracture intra-articulaire de la première phalange du pouce. Réduction. Guérison.* — Tissier (François), quarante ans, brossier, 11 mai 1881 (externe). Il y a deux jours, en portant un coup de poing à l'un de ses camarades,

le pouce étant fléchi et la deuxième phalange étant recouverte par les doigts également fléchis dans la main, il a aussitôt ressenti une douleur extrêmement vive au niveau de la jointure du pouce, et immédiatement il lui a été impossible de faire exécuter des mouvements à ce doigt. En examinant la main, nous trouvons le pouce affectant une sorte de Z, la deuxième phalange étant fléchie sur la première, et la première étant fléchie sur le métacarpien, de telle manière que ce doigt forme avec le métacarpien un angle obtus ouvert en arrière. Gonflement péri-articulaire, pas d'ecchymose. Mouvements impossibles et atrocement douloureux. En provoquant quelques mouvements de flexion et de rotation, on perçoit une crépitation manifeste qui permet de penser qu'il existe une fracture intra-articulaire. Du côté de la face palmaire se voit une saillie dure, formée par l'extrémité inférieure du métacarpien. — La réduction est difficile, mais on finit par l'obtenir avec la pince à courroie de Charrière. Immobilisation au moyen de deux attelles en bois, pendant quinze jours. Le malade n'est pas revenu.

Obs. CDLII. — *Luxation en arrière des phalangines de l'index, du médius et de l'annulaire de la main gauche. Réduction.* — X..., marinier, quarante ans, entre le 15 mars 1882, salle Sainte-Marthe. Cet homme vient de tomber de la hauteur de 2 mètres environ, la main étendue directement sur le sol.

État actuel. — Sur l'index, le médius et l'annulaire, on voit une saillie due à l'extrémité supérieure de la seconde phalange en arrière, tandis que l'extrémité de la première en fait une en avant ; raccourcissement du segment inférieur des trois doigts, impossibilité des mouvements volontaires. La dernière phalange est presque étendue, en parallélisme avec la première. La phalangette a la même direction. Pas de fracture ni de plaies. Réduction immédiate des trois luxations en exerçant une forte traction successivement sur chacun des doigts, combinée avec l'impulsion ; réduction relativement facile. Appareil contentif, pendant quelques jours.

Obs. CDLIII. — *Luxation ilio-ischiatique de la hanche gauche. Réduction à l'aide de l'appareil Jarvis avec une traction de* 150 *kilos.* — Malifond (Jean), quarante-cinq ans, tailleur, entre le 7 juin 1882, salle Saint-Augustin, n° 78. Alcoolique, s'est jeté la veille dans le lac des Buttes-Chaumont, d'une hauteur de 22 mètres. Il y avait peu d'eau et beaucoup de vase, le choc fut amorti. Perte de connaissance pendant une demi-heure, ne put se relever et fut transporté à l'hôpital.

État actuel. — Nous constatons les symptômes d'une luxation coxo-fémorale gauche variété ilio-ischiatique, tuméfaction énorme de la racine du membre avec tassement des muscles, membre immobilisé dans l'adduction avec rotation en dedans, la rotule porte sur

la face interne du condyle interne du fémur opposé, la pointe du pied gauche touche la face interne du tibia droit. Il existe un raccourcissement de 4 centimètres, au toucher la tuméfaction et l'épanchement sanguin profond empêchent de sentir la tête du fémur, mais on reconnaît facilement que le grand trochanter est au-dessus de la ligne ilio-ischiatique et que le col du fémur se porte du côté de l'ischion. Douleurs vives avec foyers plus marqués au niveau de la branche ischio-pubienne et de l'articulation sacro-iliaque. Pas de crépitation osseuse. Impossibilité des mouvements spontanés ou provoqués. Le pied droit (côté opposé) a été fortement contusionné, il est le siège d'une large ecchymose qui occupe toute sa face dorsale et remonte jusqu'au-dessus des malléoles. Il n'existe de ce côté aucun signe de fracture ou de luxation.

7 *juin.* — Chloroforme. Nous faisons pratiquer l'extension et la contre-extension. et nous ordonnons de faire un mouvement d'abduction avec rotation en dehors pendant que nous faisons la coaptation. Réduction obtenue à l'aide de l'appareil Jarvis modifié, avec une traction de 150 kilos. Immobilisation dans une gouttière.

Au bout de vingt jours, le malade retourne chez lui guéri.

§ III

ARTHRITES, ANKYLOSES.

Nous avons recueilli vingt-deux observations d'arthrites et une d'ankylose. Au point de vue du *siège*, les arthrites se répartissent ainsi :

Articulations	scapulo-humérale	3
—	huméro-cubitale	2
—	radio-carpienne	1
—	coxo-fémorale	1
—	fémoro-tibiale	9
—	tibio-tarsienne	4
—	phalango-phalangienne du gros orteil	2
	Total	22

L'ankylose siège au coude.

Sur les 22 cas d'arthrite il y en a 4 de *blennorrhagiques :* 1 du poignet, 2 du genou, 1 de l'articulation tibio-tarsienne.

Dans l'observation CDLVII, le cas est complexe, car il s'agit d'une plaie articulaire pénétrante avec fracture de l'épicondyle : bornons-nous pour l'instant à signaler l'heureuse terminaison de ce fait, car nous nous proposons dans une leçon ultérieure de revenir sur cette variété de fracture.

L'observation CDLVIII relate un cas d'arthrite subaiguë rhumatismale du coude gauche, terminée par ankylose osseuse et ayant nécessité la résection du coude. Il est rare de voir l'arthrite rhumatismale déterminer en peu de temps et chez des sujets jeunes des désordres assez graves pour aboutir à la production de stalactites osseuses soudant les extrémités des os articulés. Chez les malades morts au cours d'une attaque de rhumatisme, l'autopsie ne démontra du côté des articulations que des phénomènes fluxionnaires des séreuses, avec un léger épanchement. Il est vrai qu'à la longue les attaques de rhumatismes articulaires, en se répétant, finissent par produire, du côté des os, la formation de dépôts, qui entraînent des déformations incompatibles avec l'usage du membre et certaines arthrites déformantes des vieillards aboutissent à une sorte d'ankylose. Mais tel n'était pas le cas de notre malade. Lorsque nous la vîmes, elle était âgée de vingt-trois ans ; elle avait subi plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, qui n'avaient laissé aucune trace du côté des articulations. A vingt-deux ans, au cours d'une grossesse, et vingt-deux jours avant l'accouchement, elle eut une nouvelle attaque de rhumatisme polyarticulaire, qui disparut en six semaines, seule l'articulation du coude gauche resta malade et finit par s'ankyloser dans l'extension. Nous dûmes ultérieurement pratiquer la résection du coude et pûmes nous convaincre que l'extrémité supérieure du cubitus était soudée à la trochlée humérale par des stalactites osseuses résistantes. Ces deux os étaient atteints d'ostéite hypertrophique. Il y a lieu de se demander si la grossesse n'a pas eu une action particulière sur l'évolution du rhumatisme. Ce qui est certain, c'est que la malade était encore dans la période

d'accroissement des os au moment de son attaque et que ces deux causes réunies peuvent, jusqu'à un certain point, expliquer la violence de l'inflammation, surtout si l'on pense que le membre a été maintenu dans l'immobilisation prolongée.

L'observation CDLIX offre des particularités intéressantes. Elle a trait à un malade qui, à la suite d'une chute sur le coude, vit évoluer une arthrite chronique assez douloureuse pour nécessiter la résection des extrémités articulaires. Cette affection, qui avait résisté à l'action des révulsifs énergiques, tels que vésicatoires et pointes de feu, ne présentait pas les caractères des arthrites de mauvaise nature, liées aux états constitutionnels, tels que la scrofule, la tuberculose ou la syphilis. Les phénomènes cliniques ne permettaient de constater que de l'ostéite et une inflammation chronique de la synoviale sans produits spécifiques, faits qui furent d'ailleurs confirmés par l'examen des pièces anatomiques après l'opération; nous n'hésitâmes pas néanmoins à pratiquer la résection du coude en raison des indications suivantes : insuccès des autres modes de traitement, douleurs intolérables, détermination de suicide de la part du malade, succès assuré de l'opération. Les arthrites fongueuses même avancées prennent rarement la forme névralgique comme dans le cas actuel, et habituellement le traitement par l'immobilisation et la compression, même sans l'aide de l'ignipuncture, suffit à calmer les douleurs et même à amener la guérison, lorsque les fongosités ne sont pas trop développées et que l'état général n'est pas trop mauvais.

Or, chez notre malade, ces moyens, employés par d'autres chirurgiens et par nous-même, n'avaient procuré aucun soulagement, même temporaire. Ils n'empêchaient pas les douleurs d'arriver à un degré d'acuité plus grand même que chez les sujets atteints d'arthrite fongueuse, dont le membre n'est pas immobilisé. La rareté des arthrites à forme névralgique et rebelle à tout traitement est extrême. Nous avons dû recourir à la résection, parce que l'ablation seule des parties malades pouvait procurer la guérison.

L'observation CDLXI est un cas assez obscur. Il paraît

y avoir eu une subluxation ilio-pelvienne, ou plutôt une entorse de la hanche, car il n'y a pas eu de tentatives de réduction, et cependant lors de l'entrée du malade dans le service on ne constatait pas de déplacement permanent. Celui-ci n'apparaissait que lors d'extension forcée de la cuisse et cette tumeur avait tous les caractères de forme, de consistance et de topographie de la tête fémorale. Quant au pronostic, il est sérieux, car il est probable que jamais la tête ne perdra cette tendance au déplacement en avant, et comme il existe des signes d'arthrite chronique avec altération profonde des cartilages, on doit craindre une ankylose de la hanche comme terminaison de l'affection, encore est-ce une solution relativement heureuse. Comme toujours le repos et l'immobilisation ont fort amélioré notre malade, mais pour combien de temps?

L'observation CDLXVII montre que certaines arthrites possèdent, pendant un temps fort long, une tendance remarquable à produire la flexion. Chez notre jeune sujet il y avait trois ans qu'une arthrite du genou était apparue, s'accompagnant de flexion: le membre avait été redressé et immobilisé, mais assez longtemps après le début de l'affection. L'appareil se brisa: une chute sur le genou eut lieu et la flexion se reproduisit; nous dûmes le redresser sous le chloroforme et l'immobiliser à nouveau pendant longtemps.

L'observation CDLXVIII a trait à une arthrite purulente d'origine traumatique du genou, survenue chez un jeune homme de quinze ans, c'est-à-dire pendant la période d'accroissement des os. La congestion physiologique des extrémités articulaires des os à cet âge explique suffisamment la violence du processus. Chez notre malade l'arthrite se compliqua rapidement de rupture du cul-de-sac supérieur de la synoviale. Il existait une vaste collection purulente sous le droit antérieur de la cuisse et cette collection communiquait avec l'articulation. L'état général était des plus alarmants. La température oscillait entre 38°,4 et 39°,8, le pouls marquait 120. Malgré ces désordres, nous tentâmes la chirurgie conservatrice pendan un mois, en traitant le malade par le débridement et le

drainage de l'abcès et par l'immobilisation. Mais voyant l'état général s'aggraver de jour en jour, sentant qu'une nouvelle temporisation serait fatale, nous nous décidâmes à pratiquer l'amputation de la cuisse.

La coupe du genou nous montra alors que les désordres étaient incompatibles avec la conservation du membre : l'articulation était pleine de pus et de débris de cartilage. Le périoste de l'extrémité inférieure du fémur était séparé de l'os, atteint d'ostéite, par une couche de pus. Ce traitement radical amena la guérison en deux mois.

L'observation CDLXXI est un cas d'arthrite blennorrhagique tibio-tarsienne ; c'est une localisation assez rare : nous la signalons en passant. Elle a bien guéri du reste.

Les deux dernières observations (CDLXXV et CDLXXVI) sont des arthrites d'une variété particulière et appartiennent en somme à l'évolution de *maux perforants*, arrivés à leur troisième période, c'est-à-dire à la lésion des parties osseuses et de l'articulation phalango-phalangienne, lésion telle, dans le second cas, qu'il a fallu amputer l'orteil.

Obs. CDLIV. — *Arthrite traumatique scapulo-humérale. Frictions, compression ouatée. Guérison.* — Legrand (Vincent), quarante-deux ans, maçon, entre le 17 juillet 1881, au n° 11 de la salle Sainte-Marthe.

Il y a douze jours, il est tombé de la hauteur de deux mètres, sur l'épaule droite. Immédiatement douleur vive, mouvements difficiles, depuis lors il souffre toujours et a de la peine à se servir de son bras.

A son entrée. — Déformation appréciable, causée par un léger gonflement. Le deltoïde dans sa portion supérieure est comme aplati. Aspect normal de la peau. Les mouvements sont difficiles de la part du malade. Les mouvements de rotation et d'élévation impossibles. Au toucher, nous nous assurons que les saillies osseuses ont conservé leurs rapports normaux, mais les surfaces articulaires frottent les unes sur les autres lorsqu'on exécute des mouvements. Ces frottements sont plus marqués dans les mouvements d'abduction et d'adduction que dans ceux d'élévation, et même de rotation. Il faut du reste dire que ces derniers sont si pénibles pour le malade que nous ne les poussons pas loin. Frictions et compression ouatée.

Après vingt-trois jours de ce traitement, on constate une grande amélioration. Le gonflement a disparu, les mouvements s'exécutent un peu plus facilement, mais on observe toujours le frottement. —

Douches sulfureuses. — L'amélioration devient chaque jour plus marquée.

29 *août.* — Le malade sort presque complètement guéri. Il continuera à prendre quelques douches.

Obs. CDLV. — *Arthrite chronique de l'articulation scapulo-humérale d'origine traumatique. Révulsifs. Compression. Pas de résultats.* — Chaton (Antoine), cinquante ans, concierge, entre le 8 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 3. Pas d'hérédité. Adénites, gourme, conjonctivites répétées dans l'enfance. Jamais de grandes maladies. Plusieurs blennorrhagies jusque il y a cinq ou six ans. Il y a deux ans, a reçu sur l'épaule droite le choc d'un piano; douleurs, impossibilité de travail pendant trois semaines. Onctions d'onguent mercuriel. Les mouvements de l'épaule sont loin d'être revenus normaux. Peu à peu la douleur augmente, le malade vient consulter, on lui ordonne un vésicatoire quinze jours avant l'entrée à l'hôpital.

A l'entrée. — Atrophie du deltoïde droit, épaule moins volumineuse, les mouvements sont très limités, nuls même, car ils sont dus au déplacement de l'omoplate. Douleurs lancinantes, vives la nuit, beaucoup diminuées par le repos. Pas de craquements, pas de rougeur, douleurs à la pression. Rien dans l'aisselle, rien par ailleurs.

13 *juillet.* — Pointes de feu au thermo-cautère sur toute l'épaule. Compression ouatée.

14. — Appareil bien supporté, douleurs diminuées, nuit meilleure.

2 *août.* — On enlève l'appareil compressif. L'épaule a diminué de volume. Les douleurs sont beaucoup moins vives. Bains sulfureux.

4. — Nouvelle compression. Le malade s'en va chez lui et doit revenir de temps en temps.

20. — Mieux sensible, on continue la compression. Les douleurs spontanées ont beaucoup diminué.

15 *septembre.* — On enlève l'appareil compressif. Le moignon de l'épaule est amaigri et très peu douloureux. Les mouvements sont très limités. Bains sulfureux. Frictions d'alcool camphré.

Obs. CDLVI. — *Arthrite chronique de l'articulation scapulo-humérale d'origine traumatique. Ignipuncture. Bandage compressif ouaté. Guérison.* — Rioland (Jacques), cinquante-sept ans, cocher, entre le 7 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 8. Il y a environ deux mois, étant un peu ivre, il a fait une chute sur l'épaule droite de la hauteur de son siège. Pendant une huitaine, il a éprouvé des douleurs assez vives qui se sont calmées tout d'un coup. Puis, au milieu du mois de mai, il a ressenti comme un engourdissement dans l'épaule. Pas de gonflement, rien d'apparent. Frictions avec l'eau-de-vie camphrée. Cet engourdissement s'est subitement changé en douleurs très vives, et les mouvements sont devenus impossibles.

État actuel. — Gonflement peu marqué de l'épaule, peau normale. L'avant-bras est dans la demi-flexion, sur le bras ; le malade soutient son bras avec la main du côté opposé. Dans l'épaule et dans tout le bras, douleurs très vives, s'irradiant dans l'omoplate et le deltoïde : mouvements spontanés impossibles. La pression et les mouvements provoqués exagèrent la souffrance. — Ignipuncture. Bandage compressif.

30 *janvier.* — On enlève l'appareil ; les mouvements sont encore impossibles, mais le malade souffre moins. Bains d'amidon.

1er *juillet.* — Ignipuncture. Appareil compressif ouaté.

22. — Les mouvements de l'épaule se font difficilement, mais avec un peu d'exercice et des bains sufureux, nous espérons que cette raideur disparaîtra. Exéat.

Obs. CDLVII. — *Plaie articulaire du coude droit. Fracture de l'épicondyle. Appareil plâtré. Guérison.* — Féna (Joseph), imprimeur, treize ans, entre le 6 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. Fluxion de poitrine et fièvre éruptive dans l'enfance : depuis l'âge de huit ans, la santé générale est très bonne. Est amené aujourd'hui pour une plaie articulaire du coude droit produite par le galet du cylindre d'une machine lithographique. Hémorrhagie assez abondante.

État actuel. — Plaie située à 1 centimètre environ au-dessus de l'épicondyle droit. Cette dernière saillie osseuse est fracturée longitudinalement, ce qui s'apprécie facilement par la mobilité dont elle est susceptible à l'exploration manuelle. Peu de déplacement d'ailleurs de cette apophyse.

La plaie est irrégulière, d'une étendue de 2 centimètres obliquement taillée, et très profonde.

Nous nous abstenons de toute exploration intempestive. Mouvevents latéraux anormaux. La flexion et l'extension sont intactes. Suture de la plaie avec deux fils d'argent. Occlusion de la plaie avec de la baudruche et du collodion. Compression et bandage ouatés sur tout le membre supérieur placé à angle droit dans une gouttière.

9 *février.* — Il y a empâtement phlegmoneux des bords de la plaie. Fièvre : T. 38°. Pouls fréquent. Ablation des fils. Même pansement.

10. — Symptômes d'arthrite aiguë. Appareil plâtré avec deux coussins séparés inférieurement, de façon à ce que la plaie articulaire restée libre puisse être pansée sans que le coude subisse le moindre mouvement.

16. — Le décollement de la plaie est assez grand. On pénètre dans l'articulation très facilement, et on sent l'extrémité épicondylienne fracturée. — Contre-ouverture à la partie externe de l'avant-bras et

on passe un drain qui ressort par la plaie articulaire. Lavages antiseptiques. Pansement alcoolisé.

20. — Depuis l'immobilisation du membre supérieur, l'état local s'est bien amélioré. État général excellent. Pansement quotidien.

28. — Le décollement n'existe plus, et l'empâtement qui régnait dans la région a complètement disparu.

10 *mars*. — La cicatrisation des plaies a fait des progrès rapides. Même traitement.

20. — Nous enlevons les petits coussins imperméables qui soutenaient l'appareil plâtré. Écharpe.

25. — La cicatrisation des plaies est presque complète (le drain a été retiré il y a déjà dix jours). La fracture de l'épicondyle est consolidée.

Exéat avec son appareil plâtré qu'il gardera encore quelque temps par précaution.

Obs. CDLVIII. — *Ankylose osseuse du coude. Résection.* — Segun (Marthe), vingt-trois ans, couturière, entre le 11 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 46. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Rhumatisme musculaire et articulaire à plusieurs reprises. Il y a quinze mois, pendant une de ces attaques, la malade étant sur le point d'accoucher, douleurs vives, impossibilité des mouvements, tuméfaction et rougeur du coude gauche. Les douleurs et la tuméfaction ont disparu peu à peu, mais le membre s'est immobilisé dans l'extension rectiligne. L'impuissance fonctionnelle détermine la malade à venir à l'hôpital.

État actuel. — L'avant-bras gauche est immobilisé dans l'extension. Pas de déformation appréciable. Pas de changements de la peau, ni œdème, ni rougeur imflammatoire, ni abcès. Au toucher on ne sent pas de fongosités, les os ont conservé leurs rapports, mais l'olécrâne a subi une augmentation de volume. Lorsqu'on essaye d'imprimer des mouvements au membre, on reconnaît que ces os sont soudés par ankylose osseuse.

16 *novembre*. — Chloroforme. Nous essayons sans succès de briser les stalactites osseuses qui fixent les os. Nous nous décidons alors à pratiquer la résection du coude.

3 *décembre*. — Chloroforme. Suivant notre procédé habituel, nous faisons à la face postérieure du coude une incision curviligne, concave en haut, allant de l'épicondyle à l'épitrochlée. Nous détachons l'insertion du triceps au sommet de l'olécrâne et nous relevons le corps de ce muscle. Nous désinsérons de même les muscles épicondyliens et épitrochléens. Puis, après avoir détaché le périoste et pendant qu'un aide rétracte le nerf cubital afin de l'écarter du champ de l'opération, nous sectionnons l'extrémité supérieure du cubitus. Elle est épaissie et couverte à sa face articulaire de stalactites osseuses qui la soudent à la trochlée humérale. L'avant-bras pou-

vant être fléchi, nous faisons saillir la tête du radius et nous la sectionnons au même niveau bien qu'elle ne soit pas malade. Nous réséquons de même l'extrémité inférieure de l'humérus qui est atteint d'ostéo-périostite ossifiante. Il n'existe pas de fongosités. L'opération terminée, nous ramenons le membre dans une bonne position. Sutures métalliques et drain transversal. Pansement phéniqué. Immobilisation du membre dans notre gouttière garnie de coussins imperméables.

3. — T. S. 38°. — 4. — T. M. 39°. — S. 39°,5. — 5. — T.=38°,6. — Les jours suivants, température normale.

1er *janvier*. — La plaie est en bonne voie de cicatrisation ; le membre est toujours dans la gouttière, les moindres mouvements sont très douloureux.

15. — La gouttière est remplacée par une bande plâtrée qui permet de panser la malade sans lui causer de douleur.

24. — La plaie étant presque cicatrisée et la jointure étant beaucoup moins douloureuse, on enlève le plâtre et on commence à fléchir l'avant-bras sur le bras. Après chaque pansement, le bras est maintenu dans la demi-flexion, d'abord au moyen d'une gouttière coudée, puis d'une simple écharpe.

16 *février*. — La plaie est cicatrisée, les mouvements imprimés au bras ne sont plus douloureux, et la malade, en s'aidant de la main saine, peut porter la main malade jusque sur sa tête ; mais les mouvements spontanés sont encore très limités ; cependant ils ont gagné depuis quelques jours et la malade commence à lever l'avant-bras.

17. — La malade part pour le Vésinet. Elle n'a pas été revue.

Obs. CDLIX. — *Arthrite chronique du coude droit d'origine traumatique, avec épaississement de la synoviale et ostéite des extrémités osseuses. Douleurs intolérables. Résection.* — Chardon (Louis), cinquante-trois ans, garçon de magasin, entre le 31 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 8. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans et demi, il fit une chute, dans laquelle le coude droit porta sur le sol. Il en résulta une plaie contuse et un peu d'impuissance fonctionnelle qui guérirent rapidement et des douleurs sourdes qui persistèrent. Il y a un an les douleurs devinrent plus vives, le coude commença à se tuméfier, les mouvements se limitèrent. Le malade fut traité sans résultats, par les vésicatoires, les pointes de feu et les appareils inamovibles. Depuis six semaines, les douleurs sont devenues le phénomène dominant, elles sont assez violentes pour inspirer au malade des idées de suicide, et lorsqu'il entre à l'hôpital il demande instamment une opération.

État actuel. — L'avant-bras droit est immobilisé dans un quart de

flexion sur le bras. Le coude, légèrement tuméfié en arrière et sur les parties latérales, contraste par son volume avec un certain degré d'atrophie du bras. La peau, criblée de pointes de feu, est pâle, exsangue, mais ne présente ni abcès ni orifice fistuleux. Au toucher on constate qu'il existe de petites collections liquides au pourtour de la tête du radius et un peu d'épanchement dans les replis synoviaux qui se trouvent de chaque côté de l'olécrâne. Mais la fluctuation est franche et l'on ne sent pas de fongosités épaisses. L'olécrâne, l'épitrochlée et surtout le condyle sont plus volumineux que les apophyses correspondantes du côté opposé. Toutes ces saillies sont douloureuses à la pression, mais c'est surtout en touchant le condyle que l'on provoque des crises douloureuses intolérables qui font pousser des cris au malade. L'extension forcée est impossible, on obtient facilement les mouvements de flexion, mais en réveillant les douleurs. Rien dans les ganglions axillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

2 *décembre.* — Chloroforme. Nous pratiquons la résection du coude d'après notre procédé habituel. Nous enlevons les fongosités avec la pince à disséquer et les ciseaux, puis, quand nous sommes assuré de ne laisser aucune partie malade, nous ramenons le membre dans l'extension, nous plaçons au fond de la plaie un drain dirigé transversalement. Sutures. — Le membre est ensuite immobilisé dans notre gouttière garnie de coussins imperméables. Pansement à l'eau oxygénée.

Examen des pièces. — Les extrémités osseuses et particulièrement le condyle sont atteintes d'ostéite raréfiante, les cartilages diarthrodiaux sont érodés, la synoviale est épaissie et légèrement bourgeonnante, mais nulle part on ne trouve de produits de mauvaise nature tels que tubercules et tissu fongueux.

Pas de réaction fébrile. La plaie guérit comme une plaie simple. On enlève les fils les cinquième et sixième jours. Réunion par première intention. On place le membre dans une gouttière plâtrée fenêtrée au bout d'un mois. — Au bout de deux mois, on enlève le drain. Appareil silicaté. Le malade quitte le service.

Obs. CDLX. — *Arthrite blennorrhagique du poignet droit. Révulsifs. Compression ouatée. Immobilisation.* — Victor (Émilie), dix-neuf ans, couturière, entre le 2 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. — Cette jeune fille a toujours été bien portante, et ne présente aucune affection diathésique. Écorchure il y a un mois sur le bord cubital du poignet droit. Pas de blennorrhagie manifeste. Il y a huit jours la malade ressentit des élancements et des fourmillements dans l'avant-bras du même côté ; le lendemain le poignet était tuméfié.

Actuellement. — Le poignet est le siège d'une tuméfaction assez considérable. Tout le dos de la main et la région palmaire sont éga-

lement tuméfiés, douleur à la pression : la malade a de la peine à mouvoir le poignet. Etat fébrile.

2 *juillet.* — Salicylate de soude, 6 grammes.

8. — Vésicatoire. — Excellent effet.

12. — Nouveau vésicatoire. Gouttière.

22. — Amélioration sensible.

2 *août.* — Vésicatoire sur le poignet ; la douleur est moindre, mais la gêne fonctionnelle encore très marquée.

7. — Pointes de feu : bandage ouaté compressif ; et le 12 : va au Vésinet avec cet appareil.

Obs. CDLXI. — *Arthrite chronique de la hanche, de cause traumatique, avec subluxation en avant de la tête fémorale dans les mouvements d'extension.* — Geth, vingt-quatre ans, coiffeur, entre le 25 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 77. — Pas d'antécédents héréditaires ni personnels de rhumatisme. Il y a dix mois le malade fit une chute en avant dans laquelle la partie supérieure de la cuisse gauche porta sur le sol. En voulant se relever et fléchir la cuisse il ressentit dans la hanche gauche une vive douleur. La douleur se calma peu à peu sans disparaître, mais lui permit de continuer sa profession. La marche n'était plus aussi facile et il existait une légère claudication. Un médecin alors consulté constata l'existence d'une tumeur, crut à une hernie musculaire et ordonna des topiques. Comme la marche devenait de plus en plus difficile, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A l'entrée. — Nous constatons au-dessous de l'arcade crurale gauche, à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes, une tumeur arrondie assez saillante, plus large qu'une pièce d'argent de cinq francs, non réductible, mate, non fluctuante. Pas de rougeur de la peau, pas de dilatation des vaisseaux. Cette tumeur n'apparaît que dans l'extension complète et est vainement recherchée dans la demi-flexion. Le toucher est peu douloureux, les mouvements de même : ils sont faciles mais s'accompagnent d'une grosse crépitation peu fournie. La tumeur est manifestement recouverte d'une couche musculaire. La percussion sur le grand trochanter et la plante du pied n'éveille aucune douleur : celle-ci n'apparaît que pendant la marche, qui s'accompagne d'une claudication marquée.

Le grand trochanter est plus saillant que du côté sain : il y a aussi un léger abaissement du pli fessier et mollesse relative des muscles de la fesse due probablement à un commencement d'atrophie musculaire. Le membre en entier est peut-être un peu allongé, mais, en tout cas, cet allongement ne dépasse pas 1 centimètre.

Le traitement pendant le séjour à l'hôpital consiste en douches de vapeur, en bains sulfureux et en application de teinture d'iode avec repos absolu au lit : toniques.

25 *février.* — Le malade accuse une amélioration notable, il marche beaucoup mieux, part pour Vincennes.

Obs. CDLXII. — *Arthralgie hystérique du genou droit. Guérison rapide.* — Mathieu (Marie), vingt-quatre ans, entre le 6 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 51. Rien dans les antécédents de la malade qui permette d'affirmer l'existence de la diathèse syphilitique. A aucun moment de sa vie, la malade n'a eu, dit-elle, de boutons sur le corps ou dans la gorge, d'alopécie, de céphalalgies, etc. Au contraire, elle est sujette à des attaques de nerfs assez fréquentes surtout au moment des règles, hémianesthésie du côté gauche, sensibilité spéciale des ovaires, etc. ; en un mot c'est une hystérique. Il y a un mois, chute sur le genou droit, douleurs consécutives.

État actuel. — L'articulation malade ne présente aucune déformation. Cependant les mouvements en sont empêchés par la contracture des muscles péri-articulaires : si on essaye de les provoquer, on détermine des douleurs considérables. La jambe est dans l'extension complète, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des affections articulaires. Repos au lit, pas d'autre traitement.

8 *avril.* — La malade commence à marcher.

10. — Elle est complètement guérie. Exéat.

Obs. CDLXIII. — *Arthrite blennorrhagique du genou gauche.* — Chorey (Louis), dix-huit ans, plombier, entre le 13 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. Bonne santé antérieure. Pas d'affection antérieure, pas de rhumatisme. Depuis plus d'un mois et demi, le malade avait contracté une blennorrhagie, qui, ne le faisant pas souffrir, n'a pas été traitée. Le 5 mars, en se levant du lit, il ressentit dans le genou droit une douleur assez vive qui le força à boiter un peu, puis tout passa bientôt. Il n'en souffrait plus, lorsque le 9 mars, en voulant se lever de table il ressent au genou gauche une douleur telle qu'il lui est impossible de se relever et de marcher.

État actuel. — L'articulation malade est volumineuse, chaude, extrêmement douloureuse. Elle contient une assez notable quantité de liquide. Pas de changement de coloration des téguments. La jambe est dans la demi-flexion. La moindre pression, le moindre mouvement déterminent une douleur très vive.

14 *mars.* — Redressement de la jambe qui est placée dans une gouttière. L'écoulement uréthral persiste.

16. — Vésicatoire sur le genou. Opiat au copahu et au cubèbe. — 10 jours après : nouveau vésicatoire.

1er *avril.* — La douleur est moindre. Compression ouatée.

2. — La compression ouatée est très bien supportée. La douleur a encore notablement diminué.

Pendant le courant des mois d'avril et de mai, on continue la compression ouatée, et le 27 *mai :* guérison. Va à Vincennes.

Obs. CDLXIV. — *Arthrite du genou gauche chez un syphilitique. Iodure de potassium. Friction mercurielle. Compression ouatée. Amélioration.* — Monned (Etienne), trente-cinq ans, gardien de la paix, entre le 7 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. Sujet syphilitique. Depuis trois ans, il a éprouvé à plusieurs reprises des douleurs assez aiguës dans l'articulation du genou ; il attribuait cela à des refroidissements pendant les nuits qu'il était de ronde. Il y a deux mois, il a remarqué que le genou gauche devenait le siège d'un gonflement peu considérable en même temps que des douleurs assez violentes l'empêchaient de marcher. Aucun traitement jusqu'ici.

A son entrée. — Gonflement peu marqué de l'articulation fémoro-tibiale, peau normale; douleurs spontanées et exagérées par la pression et les mouvements. Léger épanchement articulaire. — Contre la syphilis probable : iodure de potassium 3 grammes par jour : frictions mercurielles, repos au lit. Le neuvième jour, l'épanchement a sensiblement diminué; les douleurs ont presque complètement disparu. On suspend les frictions mercurielles.

20 *mars.* — Les mouvements du membre, qui étaient pénibles pour le malade, se font facilement. Appareil ouaté légèrement compressif.

22. — Le malade demande sa sortie ; il est du reste presque guéri. On lui prescrit de continuer l'iodure de potassium.

Obs. CDLXV. — *Arthrite du genou gauche. Vésicatoire. Badigeonnage à la teinture d'iode. Compression ouatée. Amélioration.* — Legendre (Ernest), quarante-sept ans, cantonnier, entre le 12 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 29. Pas d'antécédents héréditaires. Deux blennorrhagies, la dernière à l'âge de vingt-huit ans. Il n'habite pas un lieu humide, mais obligé de par son métier à travailler continuellement dehors, il est souvent mouillé. C'est à la fin de mars seulement, qu'il a commencé à éprouver des douleurs dans le genou gauche; quinze jours plus tard, l'articulation commençait à grossir et la marche le faisait souffrir.

État actuel. — Gonflement peu considérable du reste du genou droit. Quand le malade est au repos, il souffre à peine, mais quand il marche et même debout, il éprouve des douleurs. La peau a conservé sa couleur normale; mais sa température est plus élevée que celle des parties environnantes. Les mouvements de flexion et d'extension se font, mais dans une certaine limite, et ils sont pénibles pour le malade. Épanchement intra-articulaire. Vésicatoire.

Quand le vésicatoire est sec : badigeonnages avec la teinture d'iode et compression ouatée.

5 *août.* — L'épanchement a bien diminué, le malade ne souffre pas, mais les mouvements sont toujours difficiles. Même traitement.

14. — L'épanchement a presque complètement disparu. On continue la teinture d'iode.

17. — Le malade sort en pleine voie de guérison.

Obs. CDLXVI. — *Arthrite du genou gauche. Révulsifs et compression. Guérison.* — Hamard (Georges), trente-six ans, chaudronnier, entre le 14 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 1. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé dans sa jeunesse. Blennorrhagie à dix-huit ans, et arthrite du genou gauche à cette époque, bien guérie. Il y a dix ans, brûlure, par essence minérale, du front et de la face dorsale des deux mains, dont les premières phalanges sont adhérentes les unes aux autres par une cicatrice. Attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, il y a huit ans, et depuis cette époque, fréquentes douleurs articulaires au moindre refroidissement : depuis un an, le genou gauche est resté gonflé, malgré les nombreux vésicatoires qu'on lui a fait appliquer. Il y a quinze jours, à la suite d'un peu de fatigue, genou plus douloureux.

État actuel. — Genou gauche gonflé, douloureux à la moindre pression et au moindre mouvement; épanchement articulaire, projetant la rotule en avant et remplissant le cul-de-sac synovial soustricipital. Un peu de douleur au cou-de-pied gauche. Rien au cœur ni aux poumons. Urines normales. — Ponction du genou avec l'appareil Potain, liquide légèrement trouble. Forte compression ouatée. Repos absolu. Bain sulfureux quelque temps après.

31 *décembre*. — Le malade sort grandement amélioré et devant continuer des bains sulfureux. Deux semaines après, il ne ressent plus de douleurs.

Obs. CDLXVII. — *Ostéo-arthrite ancienne. Pseudo-ankylose du genou. Rétraction. Redressement.* — Allet (Eugène), seize ans, fumiste, entre le 29 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 16. Il y a trois ans, au mois de février, après avoir reçu un coup au genou gauche, il s'est fatigué par une marche excessive. Huit jours après, le genou s'est mis à enfler; peu de douleurs, continue à travailler; on lui met des vésicatoires, l'articulation étant devenu raide. Ce genou néanmoins se plie peu à peu et l'extension complète est impossible. Sur ces entrefaites, il tombe sur son genou malade; douleurs, pas d'augmentation de volume, redressement du genou en octobre 1880. Après sa sortie, l'appareil plâtré qu'on lui avait mis se brise : il tombe de nouveau sur son genou et la rétraction des muscles postérieurs se reproduit.

A l'entrée. — Bon état général, ne tousse pas. Le genou gauche est augmenté de volume, mais faiblement. La jambe forme avec la cuisse un angle moyen entre la flexion à angle droit et l'extension normale. Quand on cherche à l'étendre, on détermine une douleur vive et les muscles de la région postérieure se tendent et se con-

fracturent. Pas d'épanchement dans le genou. La rotule est un peu masquée par l'épaississement des tissus périphériques.

17 *juillet.* — Chloroforme. Redressement assez facile et complet. Gouttière plâtrée.

La gouttière est bien supportée, pas de changement dans l'état général. S'est levé le soir même.

6 *août.* — Part pour Vincennes avec une genouillère rigide.

Obs. CDLXVIII. — *Arthrite suppurée du genou d'origine traumatique. Amputation de la cuisse. Guérison.* — Robert (Emile), quinze ans, employé, entre le 3 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Il y a deux mois, il est tombé sur le genou gauche, en montant en omnibus. Douleurs vives après l'accident; les jours suivants gonflement périarticulaire avec réaction générale fébrile grave. Développement d'un abcès au devant de la rotule que l'on ouvre avec le bistouri, le dixième jour. L'état local et général oblige le malade à rester au lit. Un mois après l'accident, une arthrite suppurée se déclare et nécessite le transport du malade à l'hôpital.

État actuel. — Le genou et le tiers inférieur de la cuisse sont déformés par une tuméfaction considérable plus marquée à la face antérieure. La peau est tendue, rouge, luisante, plus chaude que dans les régions voisines. Au toucher, nous constatons que l'arthrite purulente se complique de rupture du cul-de-sac supérieur de la synoviale. Il existe, au-dessous du droit antérieur, une vaste collection de pus qui communique avec l'articulation. Empâtement et œdème périphérique. Douleurs vives exagérées par la moindre pression. Impossibilité des mouvements du genou. État général fébrile, soif vive, anorexie. T. M. = 38°4. S. = 37°8. P. = 120.

4 *mai.* — A l'aide du bistouri, nous faisons au niveau du condyle interne une incision qui donne issue à un flot de pus épais, phlegmoneux, bien lié; avec le trocart, nous faisons une contre-ponction au centre de la collection qui occupe la face antérieure de la cuisse dans son tiers inférieur et nous passons un gros tube à drainage, dont les extrémités sont réunies au dehors par un fil. Cette opération amène un soulagement immédiat, les douleurs spontanées se calment, le gonflement diminue, et la température s'abaisse tout en restant fébrile : 38° le matin, 38°8 le soir. — Immobilisation absolue, obtenue à l'aide d'une gouttière; cataplasmes et lavages avec l'eau phéniquée.

Ce traitement, continué pendant un mois, empêche les désordres locaux de faire des progrès. Mais l'état général s'aggrave de jour en jour, la fièvre persiste, le malade a tous les soirs 120 pulsations, la température oscille entre 38° et 39°, l'alimentation ne se fait pas, l'anémie et la perte des forces progressent, des signes de tuberculose

au début apparaissent aux deux sommets. Voyant notre malade en proie à la fièvre hectique et craignant qu'il ne puisse plus longtemps résister à la suppuration, nous nous décidons à le débarrasser de son membre.

3 *juin.* — Chloroforme. Amputation de la cuisse à l'union des tiers moyen et inférieur, par la méthode circulaire, pendant qu'un aide comprime la fémorale à l'éminence pectinée. Grâce à nos pinces hémostatiques le malade ne perd qu'une quantité de sang insignifiante pendant l'opération. Au moment du pansement, nous faisons la ligature des vaisseaux avec des fils de catgut. Drain transversal, profond, quatre points de suture profonde et douze points de suture superficielle, avec des fils métalliques. Ceci fait, nous traversons le moignon de part en part dans le sens antéro-postérieur avec un gros trocart et nous passons un second tube à drainage. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Coupe de la pièce. — L'articulation est pleine de pus et de débris de cartilage diarthrodial, la synoviale complètement désorganisée est transformée en tissu fongueux. Les ligaments sont ramollis et friables. Les cartilages diarthrodiaux sont érodés, le périoste du fémur est enflammé, séparé de l'os par une couche purulente, l'os est atteint d'ostéite superficielle, interstitielle et centrale.

La température oscille entre 38° et 39° pendant trois jours, puis devient normale. Lavages et injections par les tubes tous les deux jours. On enlève les sutures profondes le quatrième jour et les sutures superficielles, les cinquième, sixième et septième jours. Réunion par première intention, sauf aux angles du moignon. Bandelettes collodionnées.

20 *juillet.* — Petit abcès de l'angle externe du moignon.

24. — L'abcès est vidé. État local et général excellents.

2 *août.* — Guérison. Sortie.

Obs. CDLXIX. — *Arthrite déformante du genou. Repos. Badigeonnage avec la teinture d'iode. Amélioration.* — Lesourd (Charles), vingt-trois ans, comptable, entre le 29 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. Il y a trois ans, il est tombé de sa hauteur sur le genou. A part une légère douleur durant une huitaine de jours, il ne ressentit rien pendant près d'une année. A partir de cette époque, élancements, puis douleurs au gonflement de la région du genou. Il peut malgré cela marcher et continue à vaquer à ses occupations. Depuis quatorze mois, le gonflement et les douleurs ont notablement augmenté, la marche est devenue pénible, un peu de claudication.

État actuel. — Tuméfaction notable de la région du genou. La peau a conservé sa couleur et ses caractères normaux. Le malade éprouve des élancements parfois très aigus. Les mouvements de l'articulation sont difficiles et produisent des craquements. Il y a 1 centimètre 1/2

de raccourcissement. Le malade tient le plus possible sa jambe dans l'extension. État général satisfaisant. — Repos au lit. Applications de teinture d'iode. Bains sulfureux.

On obtient par ce traitement un peu d'amélioration, et le 8 juin, le malade sort.

Obs. CDLXX. — *Arthrite déformante du genou. Repos, bains, douches sulfureuses. Amélioration marquée.* — Binet (Abel), dix-huit ans, coupeur en chaussures, entre le 18 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 3. Son père est rhumatisant. Quant à lui, à part quelques douleurs rhumatismales, il s'est toujours bien porté. C'est un jeune homme maigre à peau fine. Il y a deux mois environ, il ressentit, dans la soirée, une violente douleur dans l'articulation du genou et cette douleur augmenta au point de l'empêcher de marcher. A continué à travailler. Depuis vingt-trois jours, le genou a augmenté de volume, mais les douleurs ont plutôt diminué.

Etat actuel. — Tuméfaction notable de l'articulation fémoro-tibiale; coloration normale de la peau. Le gonflement est plus marqué à la partie externe. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, mais l'extension est possible. Le malade prend cette position parce que, dit-il, il souffre moins. La température de la peau est la même que celle des parties voisines. Les mouvements de l'articulation sont douloureux, mais peuvent se faire dans une certaine limite, et produisent des craquements tellement faibles, qu'il faut faire une extrême attention pour les percevoir. — Repos. Badigeonnage avec la teinture d'iode. Bains tous les deux jours. Douches sulfureuses.

Sous l'influence du traitement, la tuméfaction diminue beaucoup, mais on perçoit toujours les craquements.

12 *mars.* — Exéat du malade sur sa demande.

Obs. CDLXXI. — *Arthrite blennorrhagique des articulations du tarse. Révulsifs. Compression. Guérison.* — Lebois, vingt-six ans, homme de peine, entre le 14 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 8. Blennorrhagie remontant au 22 du mois d'avril. Depuis quelques jours, douleurs violentes dans le tarse droit, exaspérées par le moindre mouvement.

Actuellement. — Pas de rougeur, à peine une légère tuméfaction. Repos, badigeonnages iodés. Compression. Boissons émollientes.

Les jours suivants, les douleurs diminuent en même temps que l'écoulement augmente.

1er *juin.* — Guérison de l'arthrite. Exéat avec traitement antiblennorrhagique.

Obs. CDLXXII. — *Arthrite de l'articulation tibio-tarsienne. Cataplasmes. Badigeonnage avec la teinture d'iode. Amélioration.* — Lenée (Adrien), trente ans, garçon marchand de vins, entre le 19 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle.

Depuis plusieurs mois il ressent dans l'articulation tibio-tarsienne droite une douleur peu vive, mais qui néanmoins le gêne beaucoup, étant obligé d'être constamment debout. Ayant plusieurs fois examiné la région, il n'y a jamais remarqué rien d'anormal jusqu'à la fin du mois de mai dernier, époque où il a vu apparaître du gonflement et, quelques jours après, de la douleur. En même temps les douleurs s'accentuaient et augmentaient de fréquence.

A son entrée. — On trouve un gonflement notable de l'articulation, mais le gonflement est surtout marqué au niveau de la malléole interne et du cou-de-pied. Rougeur et chaleur de la peau, fluctuation. Les mouvements de l'articulation sont très pénibles et très limités, surtout ceux de latéralité. — Cataplasmes. — Repos au lit.

Peu à peu, le gonflement et la rougeur disparaissent et, au bout de quinze jours, la guérison est presque complète, mais les mouvements du pied se font difficilement, et le malade souffre encore. — Badigeonnage avec la teinture d'iode. Bains sulfureux.

22 *juillet.* — Guérison. Sortie.

Obs. CDLXXIII. — *Arthrite tibio-tarsienne. Cataplasmes, puis compression ouatée, immobilisation. Guérison.* — Lemonnier (Victor), trente ans, commissionnaire, entre le 10 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Il a eu plusieurs rhumes, mais jamais de maladies graves; trois chaudepisses, la dernière il y a deux ans et demi. A la fin de juillet, il a commencé à éprouver de légères douleurs dans le cou-de-pied, et peu de jours après il a remarqué que l'articulation tibio-tarsienne était gonflée; il attribua cela à de longues courses qu'il avait faites les jours précédents. Mais bientôt le gonflement et les douleurs augmentèrent, la marche devint difficile et impossible depuis huit jours, aussi entre-t-il à l'hôpital, n'ayant trouvé aucun soulagement avec les compresses d'alcool camphré dont il entourait le pied et la partie inférieure de la jambe.

A son entrée. — Gonflement marqué de l'articulation tibio-tarsienne et d'une partie du pied (face dorsale), la peau a une teinte rouge; les mouvements se font, mais non dans toute leur étendue et occasionnent de vives douleurs. La marche est impossible. Si l'on imprime des mouvements, on constate un frottement sec des surfaces articulaires. Les os ne semblent pas déformés. — Cataplasmes laudanisés pendant neuf jours.

Au bout de ce temps, les douleurs sont beaucoup diminuées. Compression ouatée et bande silicatée par dessous.

21 *novembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. CDLXXIV. — *Arthrite tibio-tarsienne gauche. Cataplasmes. Guérison.* — Bornier (Isidore), trente-deux ans, graveur, entre le 21 août 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. Homme bien portant d'habitude; a eu deux blennorrhagies, la dernière il y a quatre ans. Il y

a deux mois, une plaque de fonte, du poids de 2 livres, lui est tombée sur le cou-de-pied. Douleurs en ce point pendant trois ou quatre jours, puis disparition complète de la douleur. Au commencement du mois, sans cause connue, il a ressenti des élancements dans la partie antérieure de l'articulation tibio-tarsienne, bientôt de véritables douleurs au point de l'empêcher de marcher et même de se tenir longtemps debout. En même temps, il remarquait du gonflement s'étendant d'une cheville à l'autre en avant, et une rougeur très vive de la peau. Peu de jours après le début des accidents, le malade perdait l'appétit et le sommeil.

État actuel (dix-huit jours après le commencement de la maladie). — Au niveau du cou-de-pied et à la partie interne de l'articulation, au niveau de la malléole : gonflement très marqué et teinte rouge très prononcée de la peau. La rougeur s'étend à 4 centimètres au-dessus de la malléole tibiale et un peu au-dessous. En ce point la douleur est très vive, la peau est chaude, amincie ; les mouvements sont possibles, mais très douloureux et ne s'exécutent que dans une limite très restreinte. — Immobilisation sur un coussin : cataplasmes laudanisés. Pilules d'opium de 5 centigrammes, le soir.

23 *août.* — Douleurs moins vives. Les deux dernières nuits ont été meilleures.

26. — La rougeur diminue un peu ; la pression est moins pénible pour le malade. Appétit en partie recouvré. Même traitement.

3 *septembre.* — Mieux sensible qui continue les jours suivants.

27. — Guérison. Sortie.

Obs. CDLXXV. — *Mal perforant ayant déterminé une arthrite du gros orteil. Compression. Amélioration.* — Fortier (Désiré), cinquante et un ans, garçon boucher, entre le 10 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 6 *bis*. Pendant la guerre, congélation des orteils. L'année suivante, survient au niveau de la face inférieure du gros orteil un premier durillon que le malade enlève. Au-dessous, se trouvaient quelques gouttes de pus. Un deuxième durillon survient dans le courant de l'année dernière au niveau de la partie inféro-interne du gros orteil. Le malade l'enlève vers le milieu du mois de décembre dernier : au-dessous se trouvait un peu de pus ; depuis, l'orifice mis à nu par l'ablation du durillon ne s'est pas refermé.

État actuel. — Gros orteil volumineux, rouge, chaud, douloureux. Marche absolument impossible. L'orifice qui existe à la partie inféro-interne de cet orteil donne issue à une assez grande quantité de pus : un stylet arrive par là sur une surface articulaire dénudée. Craquements dans l'articulation phalangienne. — Bains sulfureux. Cataplasmes.

15 *février.* — Deux attaques d'épilepsie ; subdelirium pendant la nuit.

18. — Amélioration de l'état général.

20. — Compression ouatée.

22 *mars*. — On a continué la compression ouatée. Le gros orteil est très amélioré ; le malade demande à sortir.

Obs. CDLXXVI. — *Mal perforant, ayant déterminé une arthrite suppurée de l'articulation phalango-phalangienne du deuxième orteil gauche. Amputation de l'orteil. Guérison.* — Pant (François), soixante-quatre ans, journalier, entre le 15 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 4. Cet homme, depuis un an, portait à la face interne du deuxième orteil gauche un petit durillon, ayant l'aspect d'un œil de perdrix, dont il souffrait peu et qui pendant longtemps est resté stationnaire. Ce n'est que depuis cinq semaines qu'il est devenu très douloureux et qu'il a même éprouvé beaucoup de peine à marcher. Malgré son métier, qui l'obligeait à marcher beaucoup ou à être debout, il a continué à travailler jusque dans ces derniers temps. Obligé de garder le repos, il a mis sur le durillon des cataplasmes qui ont déterminé la suppuration : alors, sur les conseils d'un pharmacien, pansements avec du vin aromatique et des cautérisations avec le nitrate d'argent. Malgré le traitement, la plaie a continué à se creuser, mais le malade avoue qu'il marchait dans sa chambre ou était debout une partie de la journée.

A son entrée. — Il existe sur la face interne du deuxième orteil, à peu près au niveau de l'articulation phalangienne, une plaie à bourgeons pâles, et comparable, comme étendue, à la surface d'une pièce de 20 centimes. Le stylet pénètre jusqu'à l'os qui est dénudé.

La flexion de la deuxième phalange est exagérée et il y a subluxation. Symétriquement au niveau du deuxième orteil droit, on voit un petit durillon semblable, dit le malade, à celui qui se trouvait sur l'orteil gauche. Ce durillon est plus récent.

25 *mai*. — Amputation de l'orteil malade dans la continuité de la première phalange. On réunit les bords de la plaie au moyen de quatre fils métalliques après avoir au préalable placé un petit drain. — Pansement phéniqué.

La *dissection de la pièce* montre une ostéite des extrémités articulaires au voisinage de l'articulation de la première phalange avec la deuxième. Les cartilages sont en partie détruits et l'os est recouvert de fongosités arrivant jusqu'à l'orifice cutané.

29. — On enlève les points de suture.

5 *juin*. — On fait des pansements avec l'alcool camphré. La plaie commence à se cicatriser.

12. — Guérison complète. Sortie.

§ IV

HYDARTHROSES ET HÉMO-HYDARTHROSES.

Nous avons 12 cas d'hydarthroses et 2 d'hémo-hydarthroses : l'articulation du genou est ici le siège exclusif de cette variété d'affection.

Nos deux malades atteints d'*hémo-hydarthrose* (observations CDLXXVII et CDLXXVIII) se présentèrent à notre examen, l'un le cinquième jour, l'autre le troisième. L'évacuation du liquide épanché par la ponction était discutable : nous les avons traités par l'immobilisation, les révulsifs et la compression : la guérison est survenue dans le premier cas au bout de trois semaines, dans le second au bout d'un mois.

C'est du reste le même traitement que nous avons suivi chez tous nos malades atteints d'*hydarthrose*, hormis le dernier (obs. CDLXXX). Quelques mots à son sujet.

Il s'agit d'un épanchement de synovie dans l'articulation du genou avec rupture de la synoviale, qui résista à l'action des révulsifs et de la compression et qu'il fallut traiter par la ponction sous-cutanée, l'injection iodée, la compression et l'immobilisation du membre. Les faits de ce genre, bien que n'étant pas exceptionnels, ne manquent pas d'intérêt. Lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement articulaire, il y a lieu de rechercher les causes de l'affection, non seulement au point de vue du pronostic, mais surtout au point de vue d'un traitement rationnel.

Les causes les plus communes des épanchements articulaires sont le froid, le rhumatisme et le traumatisme. En pareils cas, il suffit la plupart du temps de recourir à l'emploi des divers révulsifs : badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoires volants répétés ; à l'immobilisation du membre et à la compression, pour obtenir la résorption du liquide.

Dans d'autres cas, l'épanchement s'opère sous l'influence d'un état constitutionnel tel que le rhumatisme chronique,

la scrofule, la tuberculose et la syphilis. Dans ces conditions l'affection est plus rebelle parce qu'elle s'accompagne de désorganisation de la synoviale variable suivant les cas : dépôts calcaires dans le rhumatisme, fongosités dans la scrofule et la tuberculose, épaississement et dégénérescence dans la syphilis.

Aussi lorsque, même en dehors de toute autre manifestation diathésique, on voit un épanchement articulaire résister à un traitement suivi et méthodique, il faut rechercher si la synoviale, les os, les cartilages ne sont pas altérés et s'il n'existe pas quelque corps étranger articulaire. Chez notre malade, nous ne trouvions aucun antécédent diathésique; d'autre part, malgré les difficultés de l'examen gêné par le volume énorme de l'épanchement, nous ne constations aucune espèce d'altération du côté de la synoviale et des os. Nous étions donc autorisé à admettre une de ces affections produites simplement par le froid, entretenue par la fatigue et rebelle à tout traitement médical. Toutefois la ponction exploratrice était nécessaire pour confirmer le diagnostic et nous permettre d'explorer plus facilement les parties constituantes de l'articulation. Nous n'hésitâmes pas à la pratiquer d'autant plus qu'elle était en elle-même un moyen de guérison et nous permettait de faire une injection iodée, destinée à modifier l'état de la synoviale. Nous employâmes la méthode sous-cutanée et pûmes injecter sans danger 200 grammes de teinture d'iode, la synoviale fortement distendue se montrant plus tolérante pour ces sortes d'injections.

L'examen que nous fîmes alors nous démontra qu'il n'existait aucune production nouvelle du côté de la synoviale et des os. Nous pûmes annoncer à l'avance la guérison et l'événement ne tarda pas à justifier nos prévisions.

Obs. CDLXXVII. — *Hémo-hydarthrose et entorse traumatiques du genou droit. Compression. Guérison.* — Marie Schurtz, vingt-huit ans, domestique, entre le 12 janvier 1880, salle Sainte-Marthe, nº 40. Bien portante jusqu'à ce moment, cette femme, le 8 janvier, étant à genoux dans une chambre dont elle nettoyait le parquet, se releva brusquement effrayée par un bruit qu'elle venait d'entendre dans une pièce

voisine. Sur le moment, la douleur ne fut pas très intense. La malade même continua son travail. Mais après une heure, la sensation d'engourdissement du début devenant plus pénible et s'accompagnant d'élancements très douloureux, elle dut prendre le lit. Un médecin ordonna le repos et des applications de compresses imbibées d'eau blanche. Le 10 janvier, l'affection ne s'améliorant pas, il fit faire des badigeonnages iodés. Enfin, un vésicatoire fut prescrit le 11. Le 12, tout mouvement du genou étant douloureux et fort difficile, la malade fut amenée à l'hôpital.

État actuel. — L'état général est excellent. Localement, on constate une tuméfaction générale de l'articulation fémoro-tibiale qui est plus volumineuse que celle du côté opposé. Un examen minutieux permet de constater :

1° Un épanchement assez considérable dans la bourse séreuse pré-rotulienne, épanchement en partie hématique au début, car on y sent nettement les petites masses formées par des caillots coagulés.

2° Un épanchement moins net et plus difficile à constater dans l'articulation elle-même. La pression des ligaments latéraux est douloureuse. Les mouvements communiqués sont également très pénibles.

15 *janvier.* — L'état s'étant très médiocrement amélioré, gouttière plâtrée, et compression ouatée.

25. — On enlève le pansement compressif. Bain.

26. — Tout état inflammatoire a disparu du côté de l'articulation : mais l'épanchement hématique dans la bourse prérotulienne persiste entièrement. Incision de la poche et lavages. Des grumeaux noirâtres et du sang défibriné s'écoulent par la plaie. Pansement simple et légèrement compressif.

2 *février.* — La malade est complètement guérie. Exéat.

Obs. CDLXXVIII. — *Hémo-hydarthrose traumatique du genou droit. Compression ouatée.* — Grymonprez (Jules), cinquante et un ans, mécanicien, entre le 17 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22. Le 15 avril, ce malade fait une chute dans un escalier. Il se relève très difficilement, remonte chez lui avec beaucoup de peine et se met au lit. Dès le moment même de l'accident, douleur vive au genou droit et gonflement rapide.

État actuel. — Impossibilité de marcher ou de plier la jambe; toute pression au niveau de l'articulation du genou est douloureuse. Un peu au-dessous de l'épine du tibia, on trouve une petite plaie contuse indiquant le point qui a frappé le sol dans la chute. Tension de la synoviale : fluctuation. La mensuration donne les résultats suivants : genou droit 36^c,5; genou gauche 34 c. — Teinture d'iode. Compression ouatée.

3 *mai.* — L'épanchement a disparu ou à peu près. Les mensurations, en effet, nous donnent le résultat suivant : genou droit, 34^c,3;

genou gauche, 34 c. Le malade se plaint de souffrir encore quand il veut plier la jambe. — Douches sulfureuses.

6. — Compression ouatée.

14. — Les deux genoux mesurent 34 centimètres; un peu de raideur articulaire. Bain de vapeur ; et le 15, exéat.

Obs. CDLXXIX. — *Hydarthrose du genou. Vésicatoire et compression ouatée. Guérison.* — Laubrot, quarante-neuf ans, monteur en bronze, entre le 6 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. D'une excellente santé habituelle. Au mois de juillet dernier, le malade dit avoir ressenti pour la première fois des douleurs dans le genou actuellement malade. Les douleurs, vives et subites, survenant à l'occasion des mouvements, le malade prenait le lit pendant une journée, pouvant très bien reprendre son travail le lendemain. Depuis le mois de juillet jusqu'à aujourd'hui, le malade ressentait chaque mois de pareilles douleurs, avec rougeur légère qu'il traitait, chaque fois, par un jour de repos et des frictions d'eau-de-vie camphrée. Il y a onze jours, douleurs avec gonflement rapide, très notable, de l'articulation du genou. Depuis lors le genou n'a fait qu'augmenter de volume et la tuméfaction a même remonté jusqu'à la moitié de la cuisse : rougeur, chaleur, empâtement œdémateux des plus appréciables ; dans le genou un épanchement manifeste. Toute la jambe est le siège d'un œdème dur et blanc. — Vésicatoire sur le genou.

Deux jours après, résolution complète de tous les phénomènes : l'épanchement du genou a presque disparu, à peine un peu d'œdème de la jambe. Toujours repos absolu. — Continuation du traitement. Compression ouatée méthodique.

Huit jours après son entrée, le malade marche, sans ressentir la moindre douleur et la moindre gêne. Exéat.

Obs. CDLXXX. — *Hydarthrose du genou droit. Pointes de feu. Compression. Amélioration.* — Nusius (Pierre), dix-neuf ans, journalier, entre le 21 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. Pas de maladies antérieures, pas de rhumatisme. Il y a un mois à peu près, pendant qu'il marchait, son pied droit a tourné en dedans, et la jambe a effectué un violent mouvement de torsion sur la cuisse : gonflement du genou; le malade a été obligé de s'arrêter pendant cinq à six jours. — Repos. Jambe horizontale. Teinture d'iode. Compression. Peut reprendre son travail; l'épanchement avait un peu diminué. Le 19 juin, il danse pendant une heure. En voulant lever la jambe gauche, la droite cède et le malade tombe. Il peut toutefois se relever et rentrer chez lui seul. Il garde le lit pendant deux jours.

État actuel. — Genou distendu par un épanchement assez considérable. Douleur à la pression au-dessous de la rotule et à la partie interne de l'interligne articulaire. Pas de douleur au repos. Les mouvements sont possibles, mais ils sont un peu douloureux. La marche

est difficile : il est impossible au malade de se porter sur la jambe malade. L'articulation du genou droit est manifestement plus chaude que celle du genou gauche. La rotule droite a 60 millimètres de long, tandis que celle de gauche n'en a que 51 : cependant pas de signes de fractures.

23 *juin.* — Vésicatoire sur le genou malade.

27. — Compression ouatée.

3 *juillet.* — On enlève la compression : l'épanchement a diminué; mais il en reste encore. — Cautérisation ponctuée autour de l'articulation du genou. Compression ouatée par-dessus.

9. — L'épanchement a encore diminué. Bain sulfureux.

13. — Nouvelle compression ouatée.

18. — Le malade est renvoyé pour insubordination, son état est notablement amélioré : il peut marcher sans difficulté.

Obs. CDLXXXI. — *Hydarthrose du genou, chez un malade ayant eu plusieurs fois des arthrites de cette articulation. Guérison.* — Polletti (Jules), dix-neuf ans, journalier, entre le 7 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 33. Prétend avoir toujours eu une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-sept ans. A cette époque, des raideurs articulaires survinrent dans le genou droit, et peu à peu la jambe se fléchit à angle droit sur la cuisse. A cette époque, on lui redresse la jambe : on fait sur le genou des badigeonnages à la teinture d'iode et on applique un appareil silicaté qu'on laisse trois semaines. Quand on l'enlève, le genou était enflé, mais la jambe était droite. Après quelques badigeonnages à la teinture d'iode, on l'envoie à Vincennes. Depuis cette époque, la malade marche assez bien; toutefois il ne peut plier la jambe sur la cuisse. L'année dernière, son genou est devenu enflé; des abcès péri-articulaires se sont formés. Le malade est entré le 24 mars, salle Sainte-Marthe. Le 26, nous incisâmes les abcès et nous passâmes un tube de drainage. Ce n'est que le 9 août que la guérison put permettre la sortie. Depuis, la marche est assez facile. Il y a une dizaine de jours que le genou a enflé de nouveau.

État actuel. — Le genou est notablement déformé. Sur la face externe, au-dessus de l'interligne articulaire, existent des cicatrices, résultat de l'incision de l'année dernière. L'épanchement articulaire est considérable. La rotule soulevée ne peut être appliquée sur le fémur. Pas de changements de couleur à la peau; pas de chaleur anormale. Un peu de douleur à la pression. Les mouvements sont à peu près abolis, c'est à peine si l'on peut faire fléchir la jambe de quelques degrés sur la cuisse. Assez bon état général : auscultation négative ; rien aux autres articulations.

10 *juin.* — Badigeonnages à la teinture d'iode. Compression ouatée.

20. — Un peu d'amélioration. Pointes de feu. Compression ouatée.

1er *juillet*. — L'épanchement a encore un peu diminué. Nouvelles pointes de feu. Compression ouatée.

15. — Etat stationnaire. Douches sulfureuses que l'on continue pendant quinze jours.

1er *août*. — L'épanchement semble s'être un peu reproduit. Pointes de feu ; compression ouatée.

17. — On enlève la compression. L'épanchement est diminué. Teinture d'iode. Nouvelle compression.

26. — Le malade est très amélioré. On l'envoie à Vincennes.

Obs. CDLXXXII. — *Hydarthrose du genou droit. Badigeonnages à la teinture d'iode. Appareil compressif. Guérison presque complète.* — Guéry (Joseph), trente-deux ans, ferblantier, entre le 27 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 11. Homme vigoureux, n'ayant pas d'antécédents de famille et niant formellement toute maladie vénérienne, à part un échauffement à l'âge de vingt-trois ans. Toutefois on voit sur les membres inférieurs, principalement aux jambes, certaines taches cuivrées qui semblent spécifiques. Quoi qu'il en soit, sans cause connue, il y a environ quinze jours, il a commencé à ressentir des douleurs dans l'articulation du genou. Ces douleurs, très supportables au début, sont devenues excessivement aiguës, au point de forcer le malade à s'arrêter, s'il marchait, ou à s'asseoir s'il était debout. Quatre jours après le début des douleurs, il remarqua que son genou enflait et que les mouvements d'extension ou de flexion se faisaient avec peine. Enfin, le septième jour il était forcé de se mettre au lit, puis le neuvième entrait à l'hôpital.

État actuel. — Le genou droit est beaucoup plus gros que celui du côté opposé. Le gonflement est surtout notable en avant et sur la face latérale interne de l'articulation fémoro-tibiale. Les douleurs sont aiguës et s'exagèrent quand le malade essaye de faire quelques mouvements. La jambe est dans une légère flexion sur la cuisse. Épanchement intra-articulaire. La pression est douloureuse, mais le malade souffre surtout quand on essaye de mettre la jambe dans l'extension. — Repos au lit. Badigeonnage à la teinture d'iode. — Le quatrième jour. Appareil compressif.

27 *octobre*. — Guérison presque complète. Exéat du malade sur sa demande.

Obs. CDLXXXIII. — *Hydarthrose du genou droit chez un blennorrhagique. Révulsifs. Guérison.* — Schuh (Nicolas), vingt-six ans, plâtrier, entre le 27 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 5. Écoulement blennorrhagique léger et indolore depuis huit jours. Le 23 avril, sans chute, sans coup sur le genou, le malade constate que son articulation tibio-fémorale droite est volumineuse. En même temps une très légère douleur s'y manifeste et la marche devient difficile.

État actuel. — On peut constater, en effet, que le genou droit est

beaucoup plus volumineux que le gauche; la différence se traduit par 5 centimètres. Les culs-de-sac de la synoviale sont soulevés; fluctuation. Pas de changement de coloration. Pas d'atrophie dans les muscles.

28. — Badigeonnages à la teinture d'iode. Compression ouatée.

30. — L'épanchement a diminué d'une façon notable. On ne trouve plus que 2 centimètres de différence d'une articulation à l'autre. — Nouvelle compression ouatée.

1[er] *mai.* — Guérison. Exéat.

Obs. CDLXXXIV. — *Hydarthrose du genou gauche.* — Dubos (Louis), vingt-sept ans, vidangeur, entre le 25 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 3. Pas d'antécédents, pas de rhumatisme, mais alcoolisme, dernière blennorrhagie guérie depuis quatre mois environ. Le 19 janvier, en remontant d'une fosse, a senti une vive douleur dans le genou gauche et n'a pu remonter qu'avec l'aide de ses camarades. Teinture d'iode, repos, genouillère. Amélioration. Le 20 mars, recommence à travailler. Le 24, faux pas, craquement au genou gauche; travail impossible, entre le 25 à l'hôpital.

A l'entrée. — Hydarthrose gauche d'intensité moyenne. — Vésicatoire.

6 *avril.* — Il n'y a plus rien dans l'articulation. Mais il reste une douleur assez vive à sa partie inférieure et interne, douches de vapeur. Amélioration.

15 *mars.* — Part pour Vincennes.

Obs. CDLXXXV. — *Hydarthrose du genou. Appareil inamovible. Compression ouatée. Guérison.* — Dourlet (Lucien), vingt-quatre ans, frotteur, entre le 25 août, salle Sainte-Marthe, n° 19. Il a l'habitude de se mettre sur les genoux et de conduire avec les mains la brosse qui lui sert à frotter les parquets. Depuis une quinzaine, il s'est aperçu que le genou droit était plus gros que l'autre et était le siège d'une douleur intermittente parfois excessivement aiguë. Peu à peu, la marche est devenue difficile et aujourd'hui il est obligé de s'appuyer sur une canne. Il a été forcé aussi de cesser son métier, la douleur étant encore exagérée par les mouvements d'extension et de flexion.

État actuel. — La partie antérieure du genou est le siège d'une tumeur du volume d'un gros œuf. La peau à la surface est normale. Par le toucher on s'assure que la tumeur est bien circonscrite, élastique, fluctuante, presque indolente à la pression, mais douloureuse quand on provoque des mouvements de flexion et d'extension. Les premiers surtout sont très limités et fort pénibles pour le malade. — On fait une compression ouatée et l'on applique par-dessus une bande silicatée. — Au bout de trois semaines la guérison est pour ainsi dire complète.

16 *septembre.* — Sortie.

Obs. CDLXXXVI. — *Hydarthrose du genou gauche. Compression. Amélioration.* — Clocheteau (Julien), chaudronnier, vingt ans, entre le 23 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 77. Blennorrhagie il y a cinq ans.

L'année dernière, hydarthrose du genou gauche. Dans le courant du mois d'octobre dernier, le malade ressentit un peu de douleur au niveau du genou gauche, avec un point plus particulièrement douloureux à la pression au niveau de la tubérosité interne du tibia. L'articulation augmenta peu à peu de volume. Trois vésicatoires sont successivement appliqués. L'épanchement diminue lentement.

2 *janvier.* — On constate que l'épanchement est encore assez notable, quoique cependant il ait dû l'être bien davantage, car la synoviale est peu tendue. Le malade est pâle, souffle anémique dans l'artère pulmonaire. — Compression ouatée. Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer.

5. — L'épanchement a diminué. Un peu d'amaigrissement des masses musculaires du membre malade.

6. — On renouvelle la compression. Repos au lit.

16. — L'épanchement est encore beaucoup moindre. Exéat.

Obs. CDLXXXVII. — *Hydarthrose. Révulsifs. Immobilisation. Amélioration.* — Guittetot (Marie), vingt-cinq ans, ménagère, entre le 28 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 50. Elle n'a eu aucune maladie dans son enfance. Pas de gourmes ni de ganglions. Pas de maux d'yeux. Jamais de douleurs ni de rhumatisme. Très nerveuse, attaques d'hystérie, habite un logement sec. N'avait pas d'écoulement vaginal lorsque, le 23 octobre, elle danse pendant toute une soirée, elle avait alors ses règles: le surlendemain, gonflement du genou gauche, puis difficulté de la marche; jamais de douleurs intenses; a pu venir à pied à l'hôpital.

A son entrée. — Epanchement considérable. — Vésicatoire et compression.

28. — Badigeonnages de teinture d'iode. Appareil silicaté.

1er *janvier.* — L'épanchement a diminué.

6. — Marche depuis deux jours avec des béquilles, sans douleurs. — Va au Vésinet.

Obs. CDLXXXVIII. — *Hydarthrose du genou droit. Immobilisation de la jointure. Compression ouatée. Guérison.* — Kaaw (Jules), dix-neuf ans, scieur de pierre, entre, le 30 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 6. Il y a cinq jours, il s'est heurté le genou contre une pierre. Sur l'instant il a ressenti une vive douleur qui s'exagérait par la marche, mais après s'être reposé environ une heure, il a repris son travail et pendant deux jours n'a rien éprouvé d'extraordinaire. Le troisième jour apparut une douleur vague dans tout le genou, et le malade remarqua que cette articulation était plus grosse que celle

du côté opposé. Malgré cela il se rendit à son travail, mais au milieu de la journée, il ne pouvait se tenir sur la jambe et trouva que son genou avait encore augmenté de volume.

État actuel. — Le genou droit est plus gros que l'autre, la peau ne présente rien de particulier, les mouvements sont quelque peu douloureux, mais se font néanmoins. A la partie supérieure de la rotule, on voit de légères bosselures dues à la distension de la synoviale par un épanchement, modéré toutefois. — Immobilisation et compression ouatée.

Au bout de douze jours, le liquide était complètement résorbé; et le 12 *avril*, sortie.

Obs. CDXXXIX. — *Hydarthrose du genou chez un rhumatisant. Révulsifs. Guérison.* — Volo, soixante ans, homme de peine, entre le 18 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Bonne santé habituelle. Est sujet cependant aux rhumatismes : a déjà été soigné dans notre service pour une arthrite rhumatismale subaigüe du poignet, il y a huit ans. — Il y a trois semaines, sans causes appréciables, gêne dans le genou droit : claudication : peu à peu un épanchement s'est fait dans l'article.

État actuel. — Épanchement modéré dans le genou, siégeant surtout dans le cul-de-sac sous-tricipital : pas de douleurs. Vésicatoire.

21. — Diminution du gonflement. — Compression ouatée.

25. — Second vésicatoire.

26. — Amélioration manifeste.

1er *février.* — Résorption totale du liquide : mouvements aisés.

3. — Guérison complète. Exéat.

Obs. CDXC. — *Épanchement du genou droit. Rupture de la synoviale. Ponction sous-cutanée. Évacuation du liquide. Injection iodée. Compression.* — Valimberti (Humbert), vingt et un ans, journalier, entre le 25 septembre 1882, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Pas de rhumatisme. Bonne santé habituelle. Il y a quatre mois, sans cause connue, le genou droit s'est tuméfié et est devenu douloureux, au point d'entraver la marche. Un médecin consulté constata un épanchement dans la synoviale et traita le malade par les badigeonnages de teinture d'iode, les vésicatoires répétés, la compression, l'immobilisation du membre. Malgré ce traitement méthodique, l'épanchement, loin de se résorber, ne fit que s'accroître; il y a quinze jours la tuméfaction s'est brusquement étendue à la partie inférieure de la cuisse.

État actuel. — Le tiers inférieur de la face antérieure de la cuisse et le genou sont déformés par la distension des culs-de-sac de la synoviale et remonte jusqu'à huit travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. La cuisse, au lieu d'être conoïde comme à

l'état normal, offre le même diamètre transversal dans toute sa hauteur. La peau est tendue, luisante. Ni œdème ni vascularisation anormale. Au toucher la tumeur est molle, franchement fluctuante dans toute son étendue. Un examen attentif ne révèle aucune désorganisation fongueuse, calcaire ou autre du côté de la synoviale. Les surfaces articulaires du genou paraissent saines. Les mouvements sont difficiles et douloureux. Rien dans les autres articulations. État général satisfaisant.

2 *décembre*. — Pas d'anesthésie. A l'aide d'un trocart à hydrocèle, nous faisons la ponction de la poche par la méthode sous-cutanée : issue de 180 grammes d'un liquide huileux de coloration jaunâtre, transparent, renfermant quelques dépôts floconneux, comparables à de l'albumine coagulée. Injection de 200 grammes de teinture d'iode que nous laissons en contact avec les parois de la poche pendant quelques minutes et que nous évacuons ensuite. Occlusion de la petite plaie : compression ouatée immobilisant le membre.

Lorsque le liquide a été évacué il a été plus facile de se rendre compte qu'il n'existait aucune production anormale du côté de la synoviale des os, ou de la cavité articulaire.

Pas de réaction fébrile ou inflammatoire. On enlève l'appareil au bout de quinze jours. L'épanchement ne s'est pas reproduit. Appareil silicaté. Le malade quitte le service, au bout de trois semaines, avec son appareil.

§ V

TUMEURS BLANCHES.

Pendant ces deux années-ci, nous n'avons pas observé moins de 49 cas d'arthrites fongueuses, qui se répartissent de la façon suivante :

Membre supérieur	Épaule	2
	Coude	4
	Poignet	5
	Main	2
Membre inférieur	Hanche	5
	Genou	17
	Tibio-tarse	13
	Pied	1
	Total	49

Ces chiffres montrent suffisamment que c'est le genou qui paye le plus lourd tribut à la tuberculose des articulations. Et ce n'est pas là un effet des hasards de la clinique pendant ces deux années. Si l'on veut bien consulter les autres tomes de nos *Cliniques*, on verra que dans toutes les statistiques le chiffre le plus élevé appartient à l'articulation fémoro-tibiale. C'est ainsi que dans le tome I, sur 20 cas, on note que le coude est pris 4 fois, la hanche 2, le genou 9, le tibio-tarse 3, le pied 3. Dans le tome II, sur 13 cas : coude 3 fois, genou 7, tibio-tarse 3; dans le tome III, sur 54 cas : épaule 1, coude 12, poignet et main 2, hanche 4, genou 18, tibio-tarse 12, pied 8; dans le tome IV, sur 17 cas : épaule 1, coude 3, poignet et main 4, genou 5, pied 5. C'est donc un fait parfaitement acquis : le genou est plus souvent pris que les autres articulations.

Chez la plupart de nos malades la manifestation articulaire de la tuberculose n'était pas isolée et s'accompagnait d'une détermination pulmonaire. Chez quelques-uns l'affection est survenue à la suite d'un traumatisme (obs. DIX et DX) : chez d'autres après des entorses négligées ou mal soignées (obs. CDXCVII) ou des fatigues excessives portant spécialement sur cette articulation.

La marche de l'affection a été classique, c'est-à-dire chronique et progressive. Comme on pourra s'en convaincre par la lecture des observations, nous ne sommes arrivés au sacrifice du membre qu'après avoir essayé les autres modes de traitement, ou lorsque les malades arrivaient à la période ultime, dans notre service.

Voici du reste le tableau des opérations pratiquées :

Résection de l'épaule	1
— du coude	1
— du poignet	3
— du genou	2
— du métatarsien	1
Amputation de l'avant-bras	1
— du doigt	2
— de la cuisse	3
— de la jambe	6

Nous avons un total de 20 opérations : 8 résections et 12 amputations.

Sur ces 20 cas il n'y a que 4 morts (obs. CDXCVII, DIX, DXXV et DXXXV) et encore les deux premiers décès sont-ils survenus le premier soixante-dix jours et le second quarante jours après l'opération ; celui-ci par granulie pulmonaire, celui-là par infection purulente. Quant à l'issue fatale de la dernière, elle est due à ce que la malade était revenue trop tard, et alors qu'elle était cachectique. Une étude plus détaillée des principales observations complètera ces considérations générales.

Dans l'observation CDXCI il s'agit d'une tuberculose de trois grandes articulations, survenue en huit mois : c'est un de ces cas néfastes où la chirurgie est impuissante, et où elle peut échouer même si elle intervient dès la première manifestation.

Chez le malade de l'observation CDXCII nous avons fait la résection de l'épaule, opération que l'on a assez rarement l'occasion de pratiquer, aussi sommes-nous entrés dans des détails circonstanciés sur la façon de procéder dans des cas analogues. La première incision que nous avons faite a été une véritable incision exploratrice destinée à nous permettre de reconnaître l'état des parties, de nous arrêter ou de passer outre et de faire la résection, suivant le degré d'altération que devait dénoter le doigt introduit par l'incision. Ici l'examen digital nous confirma dans l'idée première que nous avions eue, que la résection était nécessaire. Or l'incision ainsi faite ne nuisait en rien à l'application de notre procédé habituel de la résection de la tête humérale, tel qu'il est représenté dans le t. II de la *Pathologie de Nélaton*, 2e édition, p. 874. Ce procédé consiste essentiellement en ceci, que l'incision horizontale décrit une légère courbe à concavité supérieure à 10 ou 15 millimètres au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne et parallèlement à celle-ci. Ici nous avons fait l'incision, en partant de l'extrémité supérieure de l'incision exploratrice et d'avant en arrière, jusqu'à l'angle postérieur de l'acromion. Elle était par là même un peu plus

étendue que l'incision faite quand on pratique d'emblée la résection scapulo-humérale, car elle doit aller de 1 centimètre en avant de l'articulation acromio-claviculaire à l'angle formé par l'acromion avec l'épine de l'omoplate.

Entre autres avantages cette incision a celui de tenir, en dehors du champ opératoire, les vaisseaux et nerfs circonflexes. Au reste, pour plus de détails nous renvoyons le lecteur à notre travail sur la *Scapulalgie* (Paris, 1860).

L'observation CDXCVIII se rapporte à un sujet tuberculeux atteint d'arthrite fongueuse du poignet et du carpe. L'inefficacité du traitement général et du traitement local; badigeonnage de teinture d'iode, compression ouatée, immobilisation et ignipuncture, l'aggravation des lésions pulmonaires, nous conduisirent à pratiquer l'amputation de l'avant-bras. Nous avions diagnostiqué à l'avance que l'arthrite fongueuse était tuberculeuse, et l'examen anatomique et histologique de la pièce confirma pleinement le diagnostic. Nous insistons depuis longtemps sur la nature du tissu fongueux, sur ses variétés et sur la différence du pronostic et du traitement suivant les cas. Chez un sujet qui offre, comme notre malade, de la tuberculose pulmonaire confirmée, on peut annoncer à l'avance que les fongosités et les os contiennent du tubercule. Mais dans nombre de cas les poumons sont encore indemnes et les tubercules évoluent déjà du côté des synoviales tendineuses ou articulaires.

Le cas de tuberculose limitée, alors que les viscères sont sains, est même plus fréquent qu'on pourrait l'imaginer. Dans nombre de cas, des abcès froids, ostéo-pathiques ou non, ont des parois farcies de tubercules. En présence de pareils désordres il faut agir énergiquement et détruire largement les tissus morbides. Dans le cas particulier du poignet on peut parfois avoir raison du mal par les divers traitements qui ont d'abord été employés chez notre malade particulièrement par l'ignipuncture et la compression ouatée; mais lorsque ces moyens ont échoué il faut pratiquer à l'aide de l'instrument tranchant l'ablation des parties malades. Reste à discuter le choix du procédé : raclage des fongosités, résections osseuses

partielles, amputations. Au poignet et à la main on peut et on doit plus que dans toute autre région faire de la chirurgie conservatrice. L'extrémité supérieure même mutilée et déformée rend des services, alors que l'extrémité inférieure dans les mêmes conditions est plutôt nuisible. D'une façon générale, ne devrait-il rester qu'un seul doigt de la main, il faut tenter de le conserver. Guidé par ces données, nous avons souvent en pareille occurrence fait la résection partielle des extrémités inférieures des os de l'avant-bras, d'une ou des deux rangées du carpe et même d'une portion du métacarpe. Mais si cette ligne de conduite est indiquée dans le cas où l'état général du sujet n'inspire pas d'inquiétude, il n'en est plus de même lorsque le sujet est tuberculeux et que les lésions pulmonaires marchent rapidement. On doit craindre alors que le malade ne puisse résister à la réaction fébrile et à la suppuration consécutive à l'opération, et le plus sage est de sacrifier la main et le poignet en faisant l'amputation de l'avant-bras au tiers inférieur. C'est ce que nous avons fait chez notre malade, à son grand avantage.

Nous avons à plusieurs reprises fait ressortir les différences qui séparent le membre inférieur du membre supérieur au point de vue de la chirurgie conservatrice. Lorsque les os du tarse, par exemple, sont atteints d'ostéite fongueuse étendue, une résection partielle, même suivie de guérison, aurait pour effet de laisser un pied déformé, impropre à la marche, voué fatalement aux ulcérations et aux maux perforants, ainsi que nous l'avons souvent démontré et, pour toutes ces raisons, plus nuisible qu'utile. Aussi, en présence d'une affection de cette nature ou de désordres analogues, n'hésitons-nous pas à faire l'amputation du pied. Au membre supérieur, au contraire, comme nous le disions à propos de l'observation précédente, tout segment ou même toute portion de segment peut être utile et doit être conservé à tout prix. C'est pourquoi, dans des cas tels que celui qui fait le sujet de l'observation DI, nous avons comme principe de faire des résections partielles ou totales, si graves et si difficiles qu'elles puissent paraître à première vue. Chez notre

malade nous avons dû, pour dépasser les limites du mal, énucléer les deux rangées du carpe et les extrémités supérieures des deux métacarpiens. Cette opération a laissé au patient une main très déformée, il est vrai, mais capable de lui rendre de plus grands services qu'une main artificielle.

Les arthrites traumatiques sont toujours graves, mais cette gravité est proportionnelle à l'importance de l'articulation atteinte. Celles du genou présentent à cet égard le pronostic le plus fâcheux. Nous avons vu dans les observations qui précèdent une arthrite traumatique du genou, développée chez un garçon de quinze ans, devenir rapidement purulente, déterminer la rupture du cul-de-sac supérieur de la synoviale, résister au traitement le plus actif, provoquer une altération profonde et rapide de la santé et nécessiter en définitive l'amputation de la cuisse. Chez le malade de l'observation DIX, le processus est moins aigu (il importe de remarquer que cet homme était arrivé à la limite de développement des os, il avait vingt-deux ans) et aboutit à une arthrite fongueuse avec subluxation du tibia en arrière et en dehors. La position du membre, les douleurs éprouvées par le malade, l'ouverture d'un abcès fistuleux, l'impossibilité de la marche et du travail nous conduisirent à pratiquer, un an après le début, une résection du genou.

Les suites de cette opération ne furent pas heureuses, malgré les soins que nous prodiguâmes au malade. La réunion par première intention ne fut pas complète. L'état général resta mauvais, et un mois après l'opération se déclara l'infection purulente qui ne tarda pas à emporter le malade.

L'observation DX mérite d'être rapprochée de la précédente au point de vue de la nature des accidents, de leur marche et de l'opération qu'ils nécessitèrent. Il s'agit, en effet, dans les deux cas, d'arthrite fongueuse du genou d'origine traumatique avec subluxation du tibia en arrière, pour laquelle nous dûmes pratiquer la résection. La seule différence notable est que chez le dernier malade l'évolution du processus morbide fut beaucoup plus lente. D'autre part, les

suites de l'opération furent heureuses dans le dernier cas.

L'observation DXI a trait à une tumeur blanche du genou développée chez un homme de vingt-quatre ans, héréditairement tuberculeux et présentant lui-même des signes de tuberculose pulmonaire confirmée. L'affection, dont le début remontait à quatre ans, avait éclaté sans causes connues et paraissait exclusivement sous la dominance de l'état général. En d'autres termes, nous avions tout lieu de supposer qu'il s'agissait d'une arthrite fongueuse tuberculeuse. L'état général était des plus inquiétants et ne laissait pas grand espoir pour la vie du malade. Néanmoins comme l'expérience nous a démontré que l'ablation d'une production tuberculeuse, en supprimant une cause de souffrance, apporte au malade un véritable soulagement et suffit souvent pour permettre de remonter l'état général, nous n'hésitâmes pas à pratiquer l'amputation de la cuisse. La coupe du genou ne nous laissa pas de doutes sur la nature tuberculeuse de l'arthrite, et pourtant ce que nous avions prévu arriva. Dès que le patient fut débarrassé du membre malade, son état général s'améliora comme par enchantement : les suites de l'opération furent des plus simples et, deux mois après l'amputation, il quittait le service dans un état de santé inespéré.

L'observation DXII est des plus intéressantes. Elle montre que chez les tuberculeux on peut voir se développer des affections articulaires avec un début aigu et des phénomènes pouvant simuler ceux d'une hydarthrose. En pareil cas la marche de la synovite dominée par l'état général est peu influencée par le traitement si actif qu'il soit. Tout, en effet, a été tenté chez ce malade : ponction évacuatrice, compression, immobilisation, cautérisation, etc., le tout sans succès. L'évolution se continue, et la maladie, tout en prenant une marche subaiguë ou même chronique, se caractérise chaque jour par de nouveaux désordres. En pareil cas, il y a lieu de se demander si la résection sous-périostée est préférable à l'amputation. A notre avis, la question importante, en pareil cas, est l'état général; on ne doit faire la résection que dans le cas où le malade peut faire les frais de

la réparation. Toutes les fois que, comme dans le cas actuel, la débilité est profonde et s'aggrave de jour en jour, nous sommes d'avis que l'amputation est préférable. L'examen de la pièce nous a démontré l'existence de tubercules des os. L'affection, ici, a-t-elle débuté par la synoviale? Il nous est impossible de l'affirmer, vu l'état de désorganisation avancée de cette membrane.

Les observations DXXVI et DXXVII offrent la plus complète analogie; elles sont intéressantes en ce qu'elles montrent une fois de plus que chez les sujets scrofuleux l'entorse peut être le point de départ d'une arthrite fongueuse. Lorsque les malades vinrent nous trouver, les désordres locaux étaient à leur comble, le tissu fongueux avait désorganisé et envahi toutes les parties constituantes du squelette du pied : os, articulations, ligaments et synoviale. Il n'y avait plus lieu de penser à faire de la chirurgie conservatrice, d'autant plus que l'état général et la tuberculose au début nous faisaient craindre que les malades ne pussent faire les frais de la suppuration. L'amputation était formellement indiquée. Elle fut faite d'après le procédé du professeur Marcellin Duval ou procédé *oblique elliptique*.

Ce procédé a d'incontestables avantages que nous avons déjà fait valoir et sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

L'observation DXXXIX (ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation du premier métatarsien avec le cunéiforme correspondant) est intéressante surtout au point de vue de la localisation des désordres. Il est rare en effet de voir l'ostéo-arthrite fongueuse se limiter aussi exactement qu'elle l'était dans le cas actuel, au tarse ou au carpe, c'est-à-dire en des régions où les os courts s'articulent avec leurs voisins par trois autres de leurs faces, où par conséquent les ligaments et les synoviales sont en contiguïté, pour ne pas dire en continuité. Plus ordinairement, nous voyons les arthrites fongueuses de la main et du poignet se généraliser aux deux rangées des os courts et même aux extrémités supérieures des métatarsiens et des métacarpiens. Il est assez difficile d'expliquer l'exception que nous observons chez ce malade, surtout lorsque

l'on considère que le début de l'affection remontait à douze ans et que depuis cette époque les abcès et les fistules n'avaient cessé de se succéder.

A. — Épaule.

Obs. CDXCI. — *Abcès froids tuberculeux multiples périarticulaires. Péritonite tuberculeuse. Mort. Autopsie.* — Dubuard (Auguste), vingt ans, journalier, entre le 5 décembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 1. Bronchite il y a deux ans, reste quinze jours au lit. Ne tousse pas d'habitude. Nombreuses cicatrices au cou, résultant d'abcès ganglionnaires, stumeux, datant de seize mois. Depuis huit mois, tuméfaction douloureuse au niveau de la partie latérale interne de l'articulation tibio-tarsienne droite. Il y a cinq à six mois, douleur au niveau de la partie postéro-supérieure du cubitus gauche et bientôt une grosseur se produit à ce niveau. A la même époque, tuméfaction douloureuse au niveau de la région scapulaire droite.

État actuel. — A l'avant-bras gauche : tuméfaction à la partie postérieure et externe, remontant en haut jusqu'au niveau de l'épitrochlée, déterminant des douleurs nocturnes qui surviennent sous formes d'élancements; teinte rosée de la peau qui est plus chaude que dans le voisinage, fluctuation manifeste, douleur assez vive à la pression. La partie supérieure de la crête du cubitus est douloureuse lorsqu'on la presse.

Au genou droit : douleur, augmentation de volume, épanchement dans la synoviale, épaississement du cul-de-sac supérieur, impossibilité de marcher.

Articulation tibio-tarsienne droite : un abcès ouvert en arrière de la malléole interne; un autre à 4 centimètres en avant du deuxième au niveau de la première articulation carpo-métacarpienne. Il en sort un pus granuleux et mal lié. Par leur trajet, on n'arrive sur aucun point osseux.

Région scapulaire droite : tuméfaction fluctuante, sans changement de couleur, de 16 centimètres de diamètre verticalement sur 12 de diamètre transversalement. Inappétence. Pouls rapide. Rien au cœur ni au poumon. Albuminurie.

10 *janvier.* — Drainage de l'abcès scapulaire : il en sort un pus granuleux. Ponction aspiratrice de l'abcès de l'avant-bras.

14. — L'appétit semble revenir. Le pouls est toujours rapide, à 128 pulsations. T. 40°1.

25. — Anorexie absolue, amaigrissement : fièvre, lavements alimentaires, sulfate de quinine 1 gr.

3 *février.* — L'abcès du coude gauche est tendu, volumineux, dou-

loureux. La peau n'a pas changé de couleur à ce niveau. Incision; issue d'une grande quantité de pus.

8. — Suppression du sulfate de quinine.

Dans les premiers jours de mars, les abcès du bras et du dos se cicatrisent rapidement, mais l'état général s'aggrave, l'abcès du genou augmente rapidement, l'albuminurie augmente aussi, et le malade meurt le 28 avril.

Autopsie. — Pus granuleux dans l'articulation du genou gauche, érosion légère des cartilages articulaires du tibia, du fémur et de la rotule : état gras de ces extrémités osseuses. L'abcès envoie de nombreux prolongements dans les interstices musculaires. Poumons absolument sains. La plèvre droite présente des fausses membranes molles et pulpeuses. Pas d'adhérences. Reins et rate en dégénérescence amyloïde. Foie volumineux (3325 gr.) : dégénérescence amyloïde. Lésions de péritonite tuberculeuse, granulations sur le mésentère, fausses membranes molles agglutinant les intestins, ascite assez considérable.

Obs. CDXCII. — *Tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale gauche. Appareil inamovible plâtré. Ignipuncture. Amélioration. Suppuration. Résection de l'épaule.* — James (Louis), trente-quatre ans, manœuvre, entre en février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 21. Ses parents n'étaient pas rhumatisants. Bonne santé, pas de syphilis ni de blennorrhagie.

Depuis quelques mois, sans cause connue, il a ressenti dans l'épaule gauche des douleurs aiguës avec exacerbation le soir; puis peu à peu est apparu du gonflement et les mouvements du bras sont devenus difficiles. Cataplasmes, comme unique traitement.

État actuel. — Gonflement léger au niveau de l'articulation scapulo-humérale; sorte de dépression au niveau du deltoïde, douleurs vives, mouvements limités et pénibles; ceux de rotation impossibles. Pas de changement de coloration de la peau. En imprimant des mouvements, on sent que les surfaces articulaires frottent les unes sur les autres, mais sans changement de rapports.

Gouttière plâtrée pour immobiliser l'épaule et le bras, et liniment chloroformé sur le moignon de l'épaule.

12 *mars.* — Ignipuncture.

19. — Le malade souffre peu; le gonflement a diminué.

21. — On enlève la gouttière plâtrée. On fait une seconde fois des pointes de feu et l'on remplace le plâtre par une couche d'ouate maintenue au moyen d'une bande légèrement compressive.

22. — Le malade, en bonne voie de guérison, quitte le service.

Depuis sa sortie des abcès se sont formés et le malade rentre dans notre service le 27 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 29.

État actuel. — La partie antérieure des régions scapulaire, hu-

mérale et pectorale est déformée par une tuméfaction présentant deux portions bien distinctes. L'une s'étend de la fosse sus-scapulaire à la partie moyenne du bras, en suivant la direction de la longue portion du biceps; allongée, fusiforme, elle offre à sa partie renflée les dimensions d'un œuf de dinde. L'autre portion s'étend du col chirurgical de l'humérus à la paroi thoracique en suivant le tendon du grand pectoral et le bord inférieur de ce muscle jusqu'en un point situé au-dessous du mamelon; elle masque complètement la paroi antérieure de l'aisselle et offre à sa partie la plus saillante le volume d'une orange. La peau est soulevée, tendue, amincie et présente une teinte rougeâtre inflammatoire. Développement des réseaux veineux sous-cutanés. Au toucher la température est plus élevée que dans les régions voisines. Les deux tumeurs sont molles et franchement fluctuantes. L'extrémité supérieure de l'humérus appréciable par la face externe du bras et par le creux axillaire a subi une augmentation de volume considérable, elle est entourée par places par un tissu offrant la consistance mollasse et la fausse fluctuation des fongosités. Douleurs spontanées, continues, lancinantes, irradiées à toute la région scapulo-humérale, exaspérées par la pression. Les mouvements de l'articulation sont abolis. Toute tentative de déplacement de l'humérus est tellement pénible qu'elle fait pousser des cris au malade.

30 *juin.* — Ponction de l'abcès huméral et nous passons un tube à drainage de sa partie supérieure à sa partie déclive; écoulement de 100 grammes de pus grumeleux.

2 *juillet.* — Chloroformisation, à l'aide de thermo-cautère, nous faisons à la partie déclive de l'abcès axillo-pectoral une incisioa exploratrice, écoulement d'un pus offrant les mêmes caractères que celui de l'abcès huméral; aspect séreux, avec nombreux grumeaux caséeux. Une sonde cannelée introduite se dirige en haut et en dehors, au devant de la paroi antérieure de l'aisselle jusque sur la tête de l'humérus. Nous faisons alors au niveau de cette apophyse une contre-ouverture avec le bistouri, ce qui nous permet d'explorer les parties profondes avec le doigt. En suivant le trajet du décollement, nous trouvons une grande quantité de fongosités qui s'engagent au-dessus du deltoïde et le soulèvent; elles entourent la tête de l'humérus et la capsule articulaire. Nous constatons que les lésions osseuses et articulaires sont tellement avancées que la résection est le seul moyen d'obtenir la guérison.

Nous procédons donc à cette opération en suivant le procédé de Nélaton. Pour cela nous prolongeons notre derniere incision en la faisant remonter dans la direction de l'articulation acromio-claviculaire jusqu'à 1 centimètre de ce point; puis nous dirigeons le couteau en arrière en suivant la courbe de l'acromion, tout en res-

tant à 1 centimètre et demi de cette ligne. Nous nous arrêtons, au niveau de l'angle postérieur de l'acromion. La section a porté du même coup sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle deltoïde et la capsule articulaire. L'article se trouve donc largement ouvert, sans que nous ayons rencontré le nerf circonflexe et ses branches, un des vaisseaux importants. Un flot de pus qui distendait la capsule fibreuse s'échappe à ce moment. La synoviale est épaissie, injectée, tomenteuse par places, mais ne présente pas la dégénérescence fongueuse. La cavité glénoïde est saine ainsi que son revêtement cartilagineux. Il n'en est pas de même de la tête humérale : cette saillie osseuse est considérablement augmentée de volume, son cartilage d'encroûtement est décollé et présente des érosions superficielles et une ulcération irrégulière d'un demi-centimètre de diamètre occupant le centre de la convexité. Le périoste hypertrophié, ramolli, facile à détacher, est recouvert sur sa face externe de fongosités luxuriantes. Nous le décollons avec la rugine au pourtour de l'extrémité supérieure de l'humérus jusqu'au col anatomique en le conservant le plus possible. Puis, pendant que des aides soulèvent le bras verticalement de façon à faire saillir la tête humérale entre les lèvres de la plaie, nous sectionnons celle-ci avec la scie à chaîne. Comme l'examen de la coupe nous démontre que le mal s'étend au delà de ce point, nous ruginons le périoste sur une nouvelle étendue et nous réséquons une rondelle de la diaphyse haute de 4 centimètres. Cette fois nous avons dépassé les limites du mal.

Nous procédons alors à l'ablation aussi complète que possible des fongosités des parties molles. Chemin faisant, nous constatons que le muscle coraco-brachial est en partie détruit par le tissu fongueux et la suppuration, et nous sommes obligé d'en réséquer une partie.

Deux gros tubes à drainage. Suture. Immobilisation du membre dans une bonne position. Pansement phéniqué et ouaté légèrement compressif.

L'*examen des portions réséquées* démontre que la tête de l'humérus est renflée, plus volumineuse qu'à l'état normal, atteinte d'ostéite portant à la fois sur la partie supérieure de la diaphyse et sur l'épiphyse. Celle-ci est le siège d'une trépanation spontanée par laquelle le pus s'est fait jour dans l'articulation. Le cartilage d'encroûtement est séparé de l'os par une couche lamelleuse de pus concrété et visqueux. Les fongosités des parties molles sont remplies de noyaux d'aspect tuberculeux.

Les suites de l'opération furent heureuses. Il n'y eut pas d'accidents consécutifs. Les fils furent enlevés les quatrième, cinquième et sixième jours, et la réunion obtenue par première intention. La température oscilla entre 37°8 et 38°9 pendant douze jours, puis

devint normale : la suppuration, très abondante pendant quinze jours, se ralentit peu à peu. Au bout de trois semaines on appliqua un appareil plâtré avec fenêtre, et le malade put se lever.

A la fin du deuxième mois la suppuration était tarie. On enleva les drains et l'on cautérisa les orifices fistuleux avec le nitrate d'argent. Le 17 septembre, le malade partait en convalescence.

B. — Coude.

Obs. CDXCIII. — *Tumeur blanche du coude gauche. Injections de teinture d'iode. Amélioration.* — Tactray (Louis), trente-sept ans, jardinier, entre le 3 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. Pas d'hérédité tuberculeuse ; frère toussant beaucoup. C'est un homme peu vigoureux, ayant été souvent malade dans son enfance et qui a eu trois blennorrhagies. Il y a un an, il a fait une chute sur le coude, mais après quelques douleurs passagères il n'a jamais rien ressenti dans cette région, jusqu'au mois de mars dernier. A ce moment, l'articulation huméro-cubitale est devenue douloureuse ; il est survenu du gonflement, et les mouvements sont devenus de plus en plus difficiles. Enfin, au commencement de mars, la peau a pris une teinte rougeâtre ; les douleurs se sont exagérées, et le 17 mai, un abcès s'ouvrait à 1 centimètre et demi en dehors de l'olécrane. Un trajet fistuleux s'est produit par lequel s'écoule un liquide séro-purulent. Impotence du bras.

État actuel. — L'articulation du coude est le siège d'un gonflement très marqué. La peau est rougeâtre et en arrière de l'épicondyle, à 1 centimètre de l'apophyse olécranienne, existe l'orifice d'un trajet fistuleux. L'avant-bras est à demi fléchi sur le bras. En palpant les extrémités osseuses, on constate qu'elles sont plus grosses qu'à l'état normal. Avec le stylet introduit dans le trajet fistuleux, on arrive sur des surfaces osseuses dénudées. — Immobilisation dans une gouttière coudée, puis on fait des injections de teinture d'iode au tiers dans le trajet fistuleux. Régime reconstituant. — Une grande amélioration se produit grâce à ce traitement, et, le 27 juin, le malade quitte le service.

Obs. CDXCIV. — *Tumeur blanche du coude gauche. Injection de teinture d'iode. Immobilisation. Amélioration.* — Legros (Arthur), trente-trois ans, marchand de vin, entre le 5 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 7. Pas d'hérédité, bonne santé. Depuis quelques années, il a éprouvé des douleurs dans les jointures ; il attribue cela à des refroidissements, parce qu'il travaille souvent dans des caves. Il y a quatre mois, il a ressenti dans le coude gauche les mêmes douleurs, mais beaucoup plus violentes que celles qu'il avait eues auparavant, puis peu à peu il remarqua que son coude grossissait et que les mouve-

ments se faisaient péniblement; néanmoins il continua à travailler; puis peu à peu la peau est devenue rouge, brûlante ; un abcès enfin s'est formé. Cataplasmes. Dix-sept jours après, ouverture spontanée de l'abcès. Le malade a beaucoup maigri.

Actuellement, le visage est pâle. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien de particulier. L'avant-bras est un peu fléchi sur le bras; gonflement de l'articulation huméro-cubitale ; la peau est rouge, luisante, bleuâtre en certaines places; pas de veines dilatées. A 1 centimètre au-dessus de l'épitrochlée, orifice d'un trajet fistuleux d'où s'échappe une gouttelette de pus. Le bras est normal, l'avant-bras est un peu atrophié. Les mouvements provoqués sont douloureux et très limités. Un stylet introduit par l'orifice fistuleux pénètre obliquement de dedans en dehors, et pénètre dans l'articulation dont les surfaces sont dénudées, du moins en partie. Immobilisation dans une gouttière en plâtre, et l'on injecte dans le trajet fistuleux de la teinture d'iode mélangée avec une quantité égale d'eau. Régime tonique et reconstituant. Pendant quinze jours, on n'obtient aucune amélioration; cependant les douleurs sont moins aiguës, puis peu à peu l'amélioration s'est fait sentir, l'état général a repris, les douleurs ont pour ainsi dire disparu, le gonflement du coude a beaucoup diminué, mais la suppuration a persisté.

9 *février*. — Le gonflement a encore diminué, la suppuration est presque tarie ; le malade est en bonne voie de guérison. Il part pour la campagne.

Obs. CDXCV. — *Tumeur blanche du coude. Fistule. Appareil plâtré. Injections de teinture d'iode. Amélioration.* — Durand (Auguste), trente-trois ans, graveur, entre le 18 juillet 1881. Père rhumatisant, manifestations scrofuleuses : quatre bronchites légères. Il y a dix mois, le coude gauche est devenu le siège d'un gonflement très marqué et douloureux, qu'il attribua à un travail prolongé et inaccoutumé. Les mouvements de l'articulation sont très limités, puis impossibles. Il y a six semaines le malade a été obligé de suspendre ses occupations; les douleurs ont augmenté, la peau est devenue rouge, chaude et un abcès s'est formé. Applications de cataplasmes, repos du membre; puis sept jours après, ouverture de l'abcès qui est resté fistuleux. Par l'orifice, il s'écoule continuellement une notable quantité de pus. Fièvre le soir, amaigrissement. L'avant-bras est dans la demi-flexion; tuméfaction du coude, la peau a une teinte rougeâtre, elle est tendue et luisante, sa température n'est pas plus élevée que celle des régions environnantes. A la partie interne de l'articulation, au niveau de l'épitrochlée, on voit l'orifice d'un trajet fistuleux en partie recouvert par un bourgeon charnu. Un stylet introduit par cette ouverture pénètre dans l'articulation et permet de reconnaître que les surfaces articulaires sont dénudées en quelques points. Les

douleurs sont vives lorsque l'on essaye d'imprimer le moindre mouvement à l'articulation. Le sujet est pâle, amaigri, mais l'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal.

Immobilisation du bras au moyen de deux attelles plâtrées. Injections de teinture d'iode au tiers dans la fistule. Régime tonique. Huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer. Grâce à ce traitement, amélioration rapide.

25 *août*. — Sorti dans un état satisfaisant.

Obs. CDXCVI. — *Tumeur blanche du coude. Résection. Adénites caséeuses de l'aisselle. Mort par tuberculisation pulmonaire aiguë.* — Cosme (François), vingt-deux ans, infirmier, entré le 2 septembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 15. Vers l'âge de douze ans, ce malade est tombé sur le coude gauche, et s'est luxé le bras. Des tentatives de réduction ont été faites.

Peu à peu le coude a augmenté de volume ; une tuméfaction s'est formée, un séton a été placé et la plaie qui en est résultée ne s'est jamais guérie : a traîné depuis.

État actuel. — Déformation considérable du coude qui est empâté, fongueux : fistules suppurantes, altérations profondes de la jointure.

2 *novembre*. — Résection du coude suivant notre procédé habituel. L'humérus étant malade très haut, nous passons un tube à drainage dans le canal médullaire, là où la section de l'humérus l'a ouvert et nous le faisons ressortir sur la face externe du bras à sa partie moyenne. Un autre drain est placé entre les surfaces réséquées. Sutures. — Pansement phéniqué. Immobilisation en extension.

Suppuration assez prolongée à la suite de l'opération ; un trajet fistuleux situé à la face antérieure du coude se ferma assez rapidement.

2 *janvier*. — L'avant-bras, jusqu'alors étendu, est placé à angle droit sur le bras et dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. Les fragments osseux sont rapprochés autant que possible et la position est maintenue par un appareil plâtré composé de deux atelles, une palmaire et interne, une dorsale et externe. Injections tous les jours dans les tubes à drainage ; injections de teinture d'iode tous les deux jours. Traitement tonique.

Le malade paraissait aller bien lorsque le 13 janvier, sans cause appréciable, il fut pris de délire bruyant, cessant seulement par instants pendant le sommeil. Cet état persista deux jours, il fit alors place à la prostration, et la mort arriva sans qu'on ait remarqué aucune gêne respiratoire.

Autopsie. — Les *poumons* présentent de petites masses tuberculeuses du volume de grains de millet disséminées dans toute leur étendue. Au sommet du poumon droit on trouve des tubercules

durs plus anciens formant cinq ou six petits noyaux du volume de petits pois, séparés les uns des autres, et n'ayant jamais pu donner à l'auscultation de signe appréciable. Les ganglions du hile des poumons et du médiastin sont volumineux et ont subi entièrement la dégénérescence caséeuse.

Le malade portait depuis plus d'un an sur la *paroi costale gauche* un petit trajet fistuleux ouvert au-dessous du bord antérieur de l'aisselle. Ce trajet conduit sur des masses arrondies, molles, blanchâtres, qui ne sont autres que des ganglions devenus complètement caséeux; ils s'énucléent facilement; il y en a sept, du volume d'une noisette à celui d'un petit œuf. A la coupe ils sont blanchâtres et de consistance uniforme dans toute leur étendue. Les *côtes* sont saines. — Le *foie* est énorme et complètement gras. Les *reins* et le *cerveau* paraissent sains.

C. — Poignet.

Obs. CDXCVII. — *Arthrite fongueuse du poignet. Compression ouatée. Amélioration.* — In... (Catherine), quinze ans, entre le 3 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis*. Pas d'hérédité. Scrofule dans l'enfance : tousse souvent, cependant pas d'hémoptysie, de sueurs nocturnes ni de fièvre vespérale.

Il y a onze mois, à la suite d'un effort, douleur assez vive dans le poignet : tuméfaction quelques jours après. Depuis lors, à part des élancements de temps à autre, l'affection a toujours été indolente. Application de cautères, et badigeonnages de teinture d'iode comme traitement.

État actuel. — Au niveau du poignet gauche, il existe un gonflement assez considérable s'étendant jusqu'à la partie moyenne de sa face dorsale : ce gonflement est pseudo-fluctuant. A la face palmaire on constate que la dépression de la paume de la main est effacée ; toute la région est occupée par une tuméfaction molle et les fongosités paraissent avoir envahi les gaines synoviales. Les mouvements des doigts sont à peu près nuls ; on ne perçoit pas de craquements articulaires. Les muscles de l'avant-bras sont manifestement atrophiés.

7 *février*. — Appareil ouaté compressif. Médication générale antiscrofuleuse.

20. — La tuméfaction carpienne a un peu diminué. On réapplique l'appareil ouaté.

19 *mars*. — Amélioration. — Ignipuncture. Compression ouatée.

1er *avril*. — L'amélioration est très sensible; la tumeur carpienne a presque totalement disparu. Les mouvements des doigts sont plus faciles et l'état général est excellent.

Obs. CDXCVIII. — *Arthrite tuberculeuse du poignet. Amputation de l'avant-bras. Guérison.* — Talbot (Frédéric-Victor), quarante-sept ans, tapissier, entre le 27 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents syphilitiques. Il y a trois ans et demi, il a commencé à éprouver au niveau du poignet droit des douleurs sourdes, continues, et de la gêne des mouvements des articulations radio-carpienne et carpienne. Peu après, du gonflement apparut à la face dorsale et à la face palmaire de la région; les mouvements se limitèrent de plus en plus. Un médecin consulté ordonne un traitement général tonique, des badigeonnages de teinture d'iode et de la compression. Pendant quelque temps, état stationnaire, puis les accidents reprennent leur évolution.

État actuel. — La région radio-carpienne est déformée par une tuméfaction qui recouvre, du côté de la face dorsale, le quart inférieur de l'avant-bras, le carpe et le tiers supérieur du métacarpe ; du côté de la face palmaire il est plus limité et répond seulement à l'articulation radio-carpienne. Ce gonflement n'est pas régulier, mais forme des bosselures dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'un petit œuf de poule. La peau, lisse, unie, tendue, est amincie, décolorée; veines superficielles dilatées. Au toucher ces bosselures offrent la consistance mollasse et la fausse fluctuation des fongosités. Si l'on cherche à apprécier les rapports du tissu fongueux, on reconnaît qu'il englobe la gaine tendineuse des extenseurs et les parties molles des articulations radio-carpienne, carpienne et carpo-métacarpienne : les os frottent les uns contre les autres en produisant un bruit de crépitation : les articulations sont complètement altérées. A la face palmaire elles remontent au-dessus du ligament annulaire du carpe dans la gaine du fléchisseur jusqu'à une hauteur de 4 centimètres, mais elles ne se prolongent pas du côté de la paume de la main. Les métacarpiens et les doigts paraissent indemnes. État général mauvais, amaigrissement, perte des forces; signes de tuberculose pulmonaire au début. — Traitement général reconstituant : arséniate de soude, phosphate de chaux, etc. Ignipuncture et immobilisation de la compression ouatée.

Les cautérisations sont répétées tous les quinze jours. En dépit de ce traitement l'état général et local s'aggrave de jour en jour, au point que, dans la crainte de voir le malade succomber à la phthisie, nous nous décidons à pratiquer une opération plus radicale.

10 *juin.* — Chloroformisation. Amputation du poignet à l'union des tiers moyen et inférieur de l'avant-bras par la méthode circulaire, pendant qu'un aide comprime l'humérale. L'opération n'offre pas de difficultés. — Drain. Suture. Pansement avec l'eau oxygénée ; compression ouatée.

Coupe de la main. — Les fongosités remplies de noyaux caséeux

et de tubercules non ramollis ont désorganisé toutes les parties molles y compris les ligaments : les articulations sont disloquées et pleines de pus, les os sont atteints d'ostéite raréfiante et contiennent des tubercules, les uns enkystés, les autres infiltrés. On trouve ces tubercules non seulement dans les os du carpe, mais dans les extrémités supérieures des métacarpiens.

Pas de réaction fébrile. On enlève des fils les quatrième et cinquième jours et on les remplace par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie. Suppuration nulle.

28. — Dix-huit jours après l'amputation, il sort guéri.

Obs. CDXCIX. — *Ostéo-arthrite fongueuse du poignet droit. Évidement partiel. Grande amélioration.* — Morel (Palmyre), trente ans, plumassière, entre le 5 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 37. Bonne santé habituelle. A l'âge de dix-huit ans, rhumatisme articulaire aigu; durée considérable (la malade est restée couchée sept mois). Actuellement encore, arthrite cervicale qui empêche le renversement de la tête en arrière. Depuis cette époque, l'articulation radio-carpienne droite s'est prise aussi et est devenue le siège de plusieurs abcès. Depuis six mois le travail est impossible.

État actuel. — Ostéo-arthrite manifeste du poignet. La région est le siège d'un gonflement assez considérable. Fistules par lesquelles le stylet arrive sur les os du carpe ramollis et friables. Fongosités dans les articulations radio-carpienne et carpienne. Les mouvements des doigts sont intacts. État général bon.

11 *juin.* — Chloroformisation. Nous faisons sur le bord cubital du poignet une incision de 6 centimètres qui nous permet d'extraire avec une curette toutes les fongosités et les séquestres du volume d'un pois. Drain, par transfixion, à la partie inférieure de la région cubitale. Suture au fil d'argent. Pansement de Lister. Compression ouatée. Immobilisation de la main et de l'avant-bras sur une planchette.

La malade a beaucoup souffert pendant les quelques jours qui ont suivi l'opération. Température à 38° la première soirée. Après quoi, la température est descendue à la normale. L'état général est devenu excellent, et il n'y a plus de douleurs.

25. — Cicatrisation de la plaie ; elle s'est faite rapidement, malgré l'état défectueux des tissus. Le pansement a été fait tous les deux jours ; le tube est laissé encore en place ; même pansement et toujours l'immobilisation.

15 *juillet.* — Exéat.

Nous renvoyons la malade en octobre ; elle est satisfaite de l'état de son poignet, car elle peut travailler.

Obs. D. — *Ostéo-arthrite fongueuse du carpe. Résection partielle.*

Guérison. —Favre (Berthe-Louis), trente et un ans, ouvrier en galoches, entre le 14 janvier 1881, n° 75, salle Saint-Augustin. Père et mère bien portants. Rhumatisme articulaire aigu à dix-neuf ans. Il y a trois ans bronchite suspecte, tousse toujours depuis ; jamais d'hémoptysies, pas d'amaigrissement. Début de son affection actuelle au mois d'avril par une douleur sans cause connue survenant à la région interne du poignet gauche. Gonflement, rougeur. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, gênait beaucoup le travail, elle s'ouvrit spontanément vers le mois de juillet ; il en sortit du pus. Depuis il reste une fistule qui suppure continuellement.

État actuel. — Tumeur située sur la région interne du poignet droit, du volume d'une demi-châtaigne, rouge, peu indurée, présentant à son centre un orifice fistuleux, d'où s'écoule de la sérosité purulente et par lequel un stylet introduit perpendiculairement arrive sur une surface osseuse, dénudée, anfractueuse, friable, atteinte de carie. A côté de cette tumeur principale, sur la face antérieure du poignet s'en trouve une seconde un peu plus petite, sans orifice, nettement fluctuante, rouge aussi et dont la cavité ne semble aucunement communiquer avec le trajet de la première. Ces deux tumeurs sont indolentes. Les mouvements d'extension sont normaux, seuls ceux de flexion du poignet n'ont que moitié de leur amplitude, ce qui localiserait l'altération vers l'articulation médio-carpienne plutôt que vers la radio-carpienne. Le malade serre de la main avec la même énergie qu'à l'état sain. Un peu de rudesse de la respiration aux deux sommets. Homme peu vigoureux.

30 *janvier.* — La collection purulente antérieure, douloureuse, est ouverte.

19 *février.* — État stationnaire. Chloroformisation. Incision longitudinale sur le bord interne du carpe d'une longueur de 6 centimètres; deuxième incision, de 2 centimètres, transversale en avant et perpendiculaire à la première. On arrive ainsi sur des fongosités englobant les os de la deuxième rangée qui sont envahis. Au moyen de la curette, nous enlevons le pisiforme, une partie du semi-lunaire et une partie de l'os crochu, tous atteints de carie. — Drain. Quelques points de suture. Pansement à l'acide phénique.

Les jours suivants l'état général est loin d'être très satisfaisant. La température oscille entre 39° et 39°5; délire. Le malade cherche à se lever.

26. — Rougeur et tuméfaction du dos de la main.

3 *mars.* — La température est toujours la même. Le gonflement de la main est augmenté. Une incision donne issue à un demi-verre de pus. Injection phéniquée. Drainage. Traitement général; huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, potion de Todd. Localement : cautérisation au nitrate d'argent.

Le 15 *avril.* — Il va à Vincennes, puis il revient dans le service.

1[er] *août.* — Il n'y a plus qu'un petit trajet fistuleux. Le carpe n'est pas augmenté de volume, toute trace d'inflammation a disparu : ankylose du poignet, mais avec flexion possible des doigts. La guérison est assurée.

Obs. DI. — *Arthrite fongueuse du carpe. Résection totale. Guérison.* — Debelder (François), cinquante et un ans, peintre, entre le 10 avril 1881, n° 35, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Antécédents scrofuleux. Gomme, adénite cervicale dans l'enfance. Jamais de maladies graves. Il y a huit ans, il éprouva au niveau du dos de la main droite des douleurs sourdes, continues, lancinantes, exagérées par la pression et le mouvement. Peu après, tuméfaction, rougeur, amincissement de la peau à un travers de doigt au-dessus de l'interligne radio-carpienne. Un abcès s'ouvrit spontanément, donna issue à une notable quantité de pus phlegmoneux et demeura fistuleux. Depuis cette époque de nombreux abcès se sont formés aux bords interne et externe ainsi qu'à la face palmaire du carpe, et ont donné naissance à des fistules. La déformation de la main s'est accrue de jour en jour en même temps que la gêne fonctionnelle, malgré des cautérisations répétées et des injections de teinture d'iode.

État actuel. — La main droite est déformée par une tuméfaction énorme, étendue de l'articulation radio-carpienne à la racine des doigts et comprenant les deux faces et les deux bords de cet organe. A la face dorsale du carpe et du métacarpe le gonflement constitue une véritable tumeur de forme hémisphérique, présentant les dimensions d'une moitié de grosse orange. A la face palmaire les saillies et dépressions normales sont masquées par une seconde tumeur à surface lisse, unie et convexe. La peau amincie, tendre, luisante, est criblée d'orifices fistuleux à bords décollés, exsangues, atones et complètement fermés par d'énormes bourgeons charnus, mollasses et saignants. Une fistule dorsale conduit dans l'articulation de la première rangée du carpe avec la seconde, qui est remplie de pus et de fongosités. Les os que rencontre le stylet sont dénudés, ramollis, friables et se laissent en certains points pénétrer par le stylet. Une fistule située au-dessus du cinquième métacarpien pénètre dans un foyer purulent creusé aux dépens de l'os crochu et du pyramidal. Les fistules externes et palmaires sont -.nueuses et cheminent dans l'épaisseur des parties molles. Toutes sont tapissées par des paquets de fongosités saignantes. Au toucher on reconnaît que la tuméfaction est en partie due à de l'œdème, principalement au niveau des métacarpiens ; dans la région du carpe, au contraire, on reconnaît la consistance mollasse et faussement fluctuante des fongosités. Il est impossible de sentir les os par le palper. L'impotence est complète, bien que les doigts aient en partie conservé leurs mouvements. État

général peu satisfaisant. Émaciation, anémie extrême. Sommets des poumons douteux. Craquements humides. Le malade n'a néanmoins jamais eu d'hémoptysie, ni de sueurs nocturnes.

28 *mai.* — *Chloroforme.* — Après avoir introduit dans les fistules des sondes cannelées qui nous servent de guide, nous faisons à l'aide du bistouri au niveau de la première rangée du carpe, sur la face dorsale, une incision transversale allant de l'axe du second métacarpien à l'axe du cinquième. De chaque extrémité de cette première incision nous en faisons partir deux autres qui se portent à angle droit d'arrière en avant dans la direction des métacarpiens. Ces incisions latérales ont une longueur de trois centimètres chacune. L'instrument n'a intéressé que la peau et les couches sous-cutanées jusqu'aux tendons des extenseurs que nous nous sommes bien gardé d'atteindre ; il a traversé, chemin faisant, d'énormes couches de fongosités. Mais disséquons, par sa face profonde, le lambeau ainsi taillé afin de le relever vers les métacarpiens et d'arriver plus facilement sur les couches sous-jacentes. Les téguments sont tellement ramollis qu'il suffirait d'une traction légère pour la déchirer. A l'aide de la cuiller tranchante nous enlevons de proche en proche tout le tissu fongueux qui tapisse les trajets fistuleux et les foyers sous-cutanés. Ce raclage agrandit la lumière des trajets fistuleux, met à nu les os du carpe et fait sortir le pus retenu profondément. La cuiller introduite dans la fistule interne ramène des portions d'os cariés.

Les tendons étant bien dégagés, nous faisons entre eux, à la partie moyenne de la région, une incision longitudinale, qui nous conduit sur les os. Les deux rangées du carpe sont déformées, ramollies, en partie détruites; nous énucléons successivement chacun des os qui les composent en nous servant de la même cuiller et en explorant continuellement à l'aide de l'index. Quand le carpe est totalement réséqué, nous reconnaissons que les extrémités supérieures du premier métacarpien et celles des métacarpiens moyens sont elles-mêmes atteintes, et nous réséquons par la même voie tout le tissu malade. — Dans cette opération, nous n'avons atteint aucun organe important. — Drain transversal : pansement phéniqué et ouaté compressif. La main est immobilisée sur une attelle.

Lavages, injections et pansements quotidiens. La température oscille entre 38° et 39° pendant huit jours, puis devient sensiblement normale. L'état général s'améliore rapidement, mais l'état local reste longtemps stationnaire. La suppuration, d'abord très abondante, se ralentit dans le cours du second mois, mais persiste néanmoins et semble vouloir s'éterniser. La cicatrisation marche très lentement. On ne peut enlever les drains qu'à la fin du quatrième mois.

15 *octobre.* — Guérison. Sortie.

D. — Doigts.

Obs. DII. — *Ostéo-arthrite fongueuse de l'index et de l'annulaire droits. Désarticulation métacarpo-phalangienne de ces doigts. Guérison.* — Roger (Marie), dix-sept ans. Entrée le 1er mai, salle Sainte-Marthe, n° 50. Scrofule. Intelligence obtuse. Surdité assez marquée. Depuis deux ans elle souffre de l'index et de l'annulaire droits.

État actuel. — Ces doigts ont un volume considérable ; la peau est distendue par des productions mollasses fongueuses, et en plusieurs points existent des ouvertures de trajets fistuleux conduisant sur les phalanges ramollies, fongueuses, partiellement détruites. Au niveau de l'annulaire la tuméfaction due aux fongosités remonte jusqu'à la partie moyenne du métacarpien qui est malade dans une certaine étendue. Sur le dos du deuxième métacarpien il n'existe pas de gonflement, mais on voit des cicatrices d'anciennes fistules.

8 *mai.* — Chloroformisation. Désarticulation de l'annulaire, procédé en raquette à queue déviée et prolongée vers le cinquième métacarpien pour utiliser dans l'incision les trajets fistuleux. Le quatrième métacarpien mis à nu paraît à peu près sain. Les tissus fongueux qui le recouvrent sont enlevés.

Désarticulation de l'index à lambeau palmaire interne. Le deuxième métacarpien est sain. L'articulation métacarpo-phalangienne était entourée de tissus fongueux épais. Drains. Sutures. Un drain est en outre placé au niveau du quatrième métacarpien par un orifice fistuleux dorsal qui n'avait pu être compris dans l'incision cutanée. Pansement de Lister.

12. — On enlève les sutures. La réunion superficielle est faite et les lambeaux restent rapprochés. Les jours suivants, pour hâter la cicatrisation et détruire les fongosités, on fait tous les deux jours des cautérisations alternant avec des injections de teinture d'iode.

4 *juin.* — L'index est complètement cicatrisé au niveau d'un des tubes à drainage placés dans la désarticulation de l'annulaire, reste un trajet non encore cicatrisé, mais bourgeonnant très bien. — Évacuation sur le Vésinet.

Obs. DIII. — *Désarticulation de l'index gauche. Guérison.* — Lucienne, quinze ans, blanchisseuse. Entrée le 9 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis*. En septembre 1880, elle a eu un panaris de l'index consécutif à une piqûre et à une morsure de chien. Ankylose consécutive et guérison seulement au bout de quatre à cinq mois.

Elle a repris son travail, mais bientôt, à cause de l'ankylose à angle droit de sa phalange et de sa phalangine, elle s'est blessé le doigt avec le battoir, à plusieurs reprises. Elle demande qu'on lui enlève le doigt.

État actuel. — Il y a ankylose à angle droit de l'articulation phalango-phalangienne de l'index gauche, avec plaie ayant détruit la peau de la face dorsale de la deuxième phalange.

14 *mai.* — Désarticulation de l'index à lambeau palmaire externe. Sutures. Petit drain. Pansement de Lister.

18. — Les sutures sont enlevées. La réunion profonde est obtenue, mais les bords cutanés de l'incision suppurent un peu.

1er *juin.* — La plaie est complètement cicatrisée. — Exeat. — En juillet on revoit la malade : la cicatrice est solide, non douloureuse ; la malade se sert très bien de sa main, elle a repris son travail sans inconvénient ; à l'extrémité inféro-interne de la cicatrice, près du médius, le lambeau forme un léger bourrelet mou et non douloureux.

E. — Hanche.

Obs. DIV. — *Coxalgie. Gouttière de Bonnet. Appareil silicaté. Amélioration.* — Balland (Louis), dix-huit ans, fruitier, entre le 7 avril 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Tempérament scrofuleux, habite un logement assez humide et souvent mouillé. Depuis deux ou trois mois, il avait remarqué que sa jambe gauche était plus faible que la droite et se fatiguait plus promptement. Puis, il y a six semaines, il a ressenti tout d'un coup des douleurs excessivement aiguës dans l'articulation de la hanche. Ces douleurs n'étaient pas continues, elles revenaient par intervalles quelquefois toute une journée pour disparaître dans la nuit, d'autres fois pendant deux ou trois jours consécutifs. Pendant les deux premières semaines, les douleurs étaient limitées à la hanche, mais maintenant elles se font sentir dans le genou et pour mieux dire dans toute la jambe. Depuis une quinzaine de jours, il boite légèrement et les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont presque impossibles.

A son entrée, nous trouvons une tuméfaction peu marquée autour de l'articulation coxo-fémorale. La cuisse et la jambe, qui sont portées légèrement dans l'abduction, ne semblent point fléchies sur le bassin, mais si l'on passe la main sous les lombes, on trouve une ensellure peu considérable, il est vrai. Le membre est dans l'abduction, et la pointe du pied porté en dehors, et dans la mensuration on rencontre un allongement de 1 centimètre 1/2. — Gouttière de Bonnet.

2 *mai.* — Appareil silicaté. Un régime tonique est institué : huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

9 *juin.* — On enlève l'appareil. Le gonflement est moindre ; les douleurs sont également moins vives.

11. — Nouvel appareil silicaté.

8 *juillet.* — Le malade sort dans un état satisfaisant.

Obs. DV. — *Coxalgie ancienne terminée par ankylose. Contracture des masses sacro-lombaires. Nervosisme.* — Vémorne (Alfred), trente-quatre ans, ciseleur, entre le 1er juin 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. A différentes reprises, cet homme a eu des accidents nerveux : convulsions dans l'enfance, de l'incontinence d'urine et plus tard de la spermatorrhée très intense.

A seize ans, il garde le lit pendant huit mois pour une coxalgie gauche. A la suite, il reste une ankylose complète de la hanche de ce côté; le raccourcissement du membre est de 1 centimètre 1/2.

Il y a trois ans, il a commencé à se ressentir, pendant la marche et la station verticale, des douleurs dans les reins; en même temps, fourmillements et engourdissements dans les jambes qui le supportaient difficilement. Depuis dix-huit mois, ces symptômes ont augmenté et il passe la plus grande partie du temps au lit. Quand il se lève, les jambes fléchissent sous lui. Pas d'anesthésie plantaire, pas de symptômes d'ataxie. Au niveau du coccyx, douleur très vive spontanée et exagérée par la pression et la station assise. Pas de déviation de la colonne vertébrale, mais celle-ci semble enfoncée, et on sent les apophyses au fond d'un sillon qui résulte de la présence de deux masses correspondant aux muscles sacro-lombaires tuméfiés et contracturés. Cette contracture augmente quand le malade se tient debout. Alors le relief est énorme et s'étend de l'os iliaque à la région dorsale. La contracture ne disparaît jamais complètement, même dans le repos au lit.

Après quelques jours passés dans nos salles, comme en somme l'affection est plutôt du domaine de la pathologie interne, nous le faisons passer dans un service de médecine.

Obs. DVI. — *Coxalgie. Éléphantiasis. Révulsifs. Amélioration.* — Renard (Adolphe), quarante-sept ans, galochier, entre le 8 décembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 5. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Début de l'affection il y a seize ans, à la suite d'une vive colère. Frisson, puis apparition d'un érysipèle à la jambe droite qui envahit depuis le cou-de-pied jusqu'au-dessus du mollet. L'érysipèle laissa à sa suite du gonflement, apportant une certaine gêne à la marche. De plus, comme son métier l'obligeait à être constamment debout, le malade souffrait parfois de sa jambe qui augmentait de volume et de sa hanche. Cinq ans après, second érysipèle dû à la même cause, occupant le même siège et remontant un peu plus haut. Après douze ou quinze jours il disparut laissant une augmentation de volume de la jambe plus prononcée que la première fois. Nouvelles douleurs assez rares au niveau du grand trochanter de ce côté. Il y a trois ans, après sept ans d'intervalle, troisième érysipèle à la même place, remontant au-dessus du genou, accompagné de symptômes généraux beaucoup plus prononcés que les deux premières

fois, garde le lit pendant trois mois, la jambe en resta encore plus grosse, la marche était gênée, la douleur du grand trochanter plus vive, empêchant même le sommeil. Il entre à Saint-Louis, chez M. Besnier qui entoure le membre d'ouate et le comprime, et en réduit ainsi considérablement le volume.

Peu à peu, depuis huit ou dix mois, la cuisse a augmenté de volume jusqu'au niveau de l'os iliaque. Mouvements de l'articulation moins étendus, plus difficiles, plus douloureux, puis presque nuls. Marche impossible. Il entre une première fois, en octobre 1880, à la salle Saint-Augustin. Nous le traitâmes par les cautérisations ponctuées et les bains sulfureux. Part pour Vincennes à la fin de novembre, et enfin rentre au n° 5, le 8 décembre. Nouvelles cautérisations ponctuées. Soulagement.

État au 1er janvier. — La jambe du côté malade est cylindrique, presque uniforme, des malléoles au genou. La cuisse est aussi plus grêle que celle du côté opposé et moins conique qu'à l'état normal : elle a l'aspect classique de l'éléphantiasis.

La hanche augmentée de volume, déformée, rappelle la coxalgie, sa convexité est augmentée surtout en avant. En arrière, au contraire, la déformation est peu apparente, le pli fessier est semblable à celui de gauche et n'est pas dévié, la tuméfaction peu prononcée. On sent dans l'aine une tuméfaction mal définie au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Le grand trochanter semble élargi et la pression en ce point est douloureuse comme au niveau de l'article. La peau de la hanche et de tout le membre inférieur, sauf le pied, est indurée, moins mobile que du côté sain, épaisse, ne gardant pas la trace du doigt. Les mouvements du pied et du genou sont presque entièrement libres, ceux de la hanche très limités. Bonne santé quant au reste. Cautérisations ponctuées, bains sulfureux, douches, bains de vapeur.

20. — Mieux très sensible, marche possible avec des béquilles, la hanche a recouvré beaucoup de ses mouvements.

8 *février.* — Amélioration lente dans les mouvements. Teinture d'iode en badigeonnages.

15. — Cent douze pointes de feu au thermo-cautère. Cataplasmes.

1er *mars.* — Amélioration prononcée, le malade se lève.

10. — Le malade demande à sortir.

Obs. DVII. — *Coxalgie gauche. Immobilisation. Grande amélioration.* — Kress (Pauline), vingt-cinq ans, cuisinière, entre le 29 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 53. A l'âge de trois ans, elle aurait déjà été malade de la hanche gauche, a boité pendant un an, et depuis, tout avait disparu. A douze ans, ganglions suppurés sous la mâchoire.

Au mois de juillet, rhumatisme articulaire, occupant la plupart

des articulations des membres. Au bout de dix jours, l'inflammation se localise dans la hanche, avec irradiations douloureuses dans le genou et dans le cou-de-pied. Au bout de quatre mois, marche avec des béquilles; mais alors, douleurs vagues dans la région trochantérienne gauche. — Gouttière de Bonnet. Vésicatoires.

5 *janvier.* — Elle peut marcher avec une canne; la jambe gauche paraît plus courte de 4 à 5 centimètres; mais l'épine iliaque de ce côté est remontée de la même quantité, c'est donc du raccourcissement apparent. La cuisse est dans l'adduction et dans la rotation en dedans, ensellure. L'ankylose paraît complète.

24. — Appareil plâtré.

13 *février.* — Pointes de feu.

17. — La malade marche assez facilement avec son appareil. Les douleurs de la hanche et des reins sont moins considérables. Évacuation sur le Vésinet.

F. — Genou.

Obs. DVIII. — *Tumeur blanche du genou consécutive à une arthrite traumatique. Résection. Pyohémie. Mort. Autopsie.* — Toussaint (Ludovic), vingt-deux ans, homme de peine, entre le 28 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 70. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a un an, il reçut le bord d'un tonneau sur le genou droit. Pas de soins consécutifs. Continuation du travail. Douleurs et tuméfaction qui l'obligent à prendre le lit. Le membre s'immobilise peu à peu dans une flexion légère. Il se lève et marche avec une canne, claudication. Après des alternatives d'amélioration et de rechutes, un abcès s'est formé dernièrement au côté externe de l'articulation, s'est ouvert et est demeuré fistuleux.

Etat actuel. — La jambe droite immobilisée dans une flexion à angle obtus sur la cuisse est dans l'abduction, avec rotation de la pointe du pied en dehors. L'examen du genou démontre que cette attitude vicieuse est due à une ankylose osseuse de l'articulation fémoro-tibiale avec subluxation du tibia en arrière et en dehors. A la face antérieure, saillie énorme de la rotule, au-dessus de laquelle s'observe une encoche profonde. A la face postérieure saillie du tibia dans le creux poplité. A la face interne saillie du condyle du fémur, et immédiatement au-dessous dépression brusque due au déplacement du tibia. A la face externe, disposition inverse. Le condyle du fémur paraît effacé alors que la tubérosité externe du tibia est fortement projetée en dehors. Cette dernière saillie est encore exagérée par la présence d'une tuméfaction répondant à l'ancien abcès. Au centre de cette tuméfaction, s'ouvre une fistule en partie mas-

quée par des bourgeons charnus, mollasses et saignants. Au toucher, on sent au niveau de la tuméfaction la consistance mollasse et faussement fluctuante des fongosités. Les mouvements de l'articulation sont détruits. Douleurs vives au niveau de l'interligne articulaire.

3 *décembre.* — Chloroformisation. Résection du genou, suivant notre procédé habituel. Pour cela, à l'aide du bistouri, nous faisons au-dessous de la rotule une incision transversale à concavité supérieure, comprenant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, nous détachons le lambeau afin de le relever vers le fémur et l'articulation étant ouverte, nous constatons les lésions suivantes: La rotule est soudée à la trochlée fémorale, le bord postérieur du condyle est de même soudé à la partie moyenne des plateaux du tibia par des stalactites osseuses. Le cul-de-sac externe de l'articulation est rempli par un paquet de fongosités vitreuses, exsangues, en voie de transformation lardacée. On trouve une seconde masse de fongosités moins volumineuses au côté interne. Les plateaux du tibia et les condyles du fémur sont atteints d'hypérostose. Après avoir détaché le périoste qui recouvre l'extrémité supérieure du tibia dans une étendue de 2 centimètres, afin de le conserver, nous sectionnons d'avant en arrière une rondelle osseuse de cette épaisseur avec la scie circulaire du polytritome. Quand nous sommes près de la face postérieure de l'os, nous luxons le fragment réséqué à l'aide d'un fort davier et nous détachons avec soin le périoste afin qu'il forme barrière du côté du creux poplité. La surface de section présente dans l'épaisseur de la tubérosité extrême de l'os un abcès de 2 centimètres de profondeur rempli de bourgeons charnus et de pus. A l'aide de la cuiller tranchante, nous évidons largement cette cavité, afin de ne laisser aucune trace du tissu morbide. Ceci fait, nous détachons le périoste de la rotule et des condyles fémoraux, afin de le conserver. Nous sectionnons les ligaments latéraux et croisés et nous enlevons d'abord la rotule avec un fort davier, puis les condyles du fémur à l'aide de la scie circulaire du polytritome, en ménageant comme pour le tibia le périoste qui protège en arrière la loge poplitée. Le fémur renferme aussi un petit abcès intra-osseux, rempli de fongosités que nous évidons avec le plus grand soin. Nous avons enlevé, chemin faisant, les paquets de fongosités de la synoviale. — Tube à drainage dont les deux extrémités sortent librement à droite et à gauche. Puis après avoir rapproché les surfaces osseuses, nous suturons les lèvres de la plaie avec quinze fils métalliques. Le membre est immobilisé dans une bonne position. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

3. — T. 37°,8. — 4. — T. 39° et 39°, 5.

La température oscille entre 37° et 38° jusqu'au commencement de janvier.

La réunion par première intention n'a été obtenue qu'à la partie moyenne de la suture. Suppuration abondante, séreuse, fétide. Mauvais état général. Le malade ne mange pas, dort mal, s'agite.

8 *janvier*. — De la douleur et de la rougeur, apparues ces temps derniers au niveau de la première articulation carpo-métacarpienne droite, ont disparu. Vomissements bilieux. Le fémur a de la tendance à se luxer en avant.

9. — Douleur vive et continue au niveau de la partie supérieure du biceps brachial droit.

10. — La douleur s'est étendue à tout le bras droit, qui est tuméfié. L'articulation radio-carpienne gauche est douloureuse au point de ne pouvoir supporter le poids des couvertures. On passe de l'éther camphré sur toutes les régions où siège la douleur.

11. — La douleur est plus vive encore. L'œdème plus considérable. Une incision faite au niveau de la partie externe et moyenne du biceps donne issue à une assez grande quantité de pus. Teinte subictérique. Un peu de toux. Vomissements bilieux.

13. — Langue sèche, subdélirium, respiration difficile, le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — Du côté du genou, le foyer purulent est limité par une sorte de membrane sanieuse et noirâtre ; il envoie en avant, sous la peau, un prolongement qui remonte sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. En arrière, il envoie un autre prolongement de mêmes dimensions au milieu des masses musculaires de la cuisse.

Pas de pus dans les veines qui avoisinent le foyer. Les ganglions lymphatiques du pli de l'aine paraissent normaux. Les extrémités osseuses réséquées sont le siège d'un travail inflammatoire très net (ostéite, ostéo-myélite). L'ostéo-myélite remonte au delà de la partie moyenne du fémur. Le périoste épaissi se détache avec beaucoup plus de facilité que d'habitude.

L'abcès qui s'est formé dans le bras droit remonte très haut. Il arrive près de l'articulation de l'épaule, mais n'a aucune communication avec elle. — L'articulation du poignet droit est pleine de pus. La synoviale malgré cela paraît saine, et ne présente aucune arborisation vasculaire. — *Poumons*. — Adhérences assez notables du poumon droit. Pleurésie sèche. Plèvre rouge et vascularisée. Adhérences moindres à gauche. Du côté droit, trois ou quatre tubercules ramollis au sommet. Le lobe inférieur présente de nombreux abcès métastatiques, aux bords irréguliers, abcès non diffluents à la coupe, et présentant à leur pourtour une zone rouge où la crépitation est moindre que dans le reste du poumon. Çà et là, quelques noyaux rouges avec ou sans commencement de dépôt purulent à leur centre. Du côté gauche, les abcès sont moins nombreux et moins volumineux.

Rien dans le cœur, le foie, la rate, les reins et le cerveau.

Obs. DIX. — *Arthrite fongueuse du genou, d'origine traumatique. Résection du genou. Guérison.* — Barthélemy (Eugène), seize ans, sans profession, entre le 21 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 6. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a huit ans, il reçut un coup de pied sur le genou gauche. L'articulation devint le point de départ d'une inflammation fongueuse à marche chronique qui aboutit peu à peu à l'immobilisation de la jambe dans une situation vicieuse, avec raccourcissement, d'où impuissance fonctionnelle et claudication. Les badigeonnages de teinture d'iode, les vésicatoires répétés, l'ignipuncture avec compression ouatée ayant échoué, le malade se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — La jambe gauche est immobilisée dans la demi-flexion avec abduction et rotation légère de la pointe du pied en dedans. Le genou est déformé par une tuméfaction considérable qui marque les saillies et dépressions normales et donne à l'articulation une forme arrondie, globuleuse. Les culs-de-sac synoviaux supérieurs et latéraux sont saillants, renflés et se trouvent sur le même plan que la face antérieure de la rotule, les condyles fémoraux paraissent hypertrophiés. Au-dessous de la rotule existe une dépression brusque due à la subluxation du tibia en arrière et en dedans. Le bord postérieur de la surface articulaire de ces os fait saillie du côté du creux poplité et sa tubérosité interne à la face interne de l'article. La cuisse et la jambe présentent une atrophie qui contraste avec le gonflement de l'article. La peau du genou amincie, tendue, décolorée, laisse voir par transparence des veines sous-cutanées, dilatées et bleuâtres. Les culs-de-sac synoviaux sont remplis par des fongosités mollasses et faussement fluctuantes. Il n'existe pas d'épanchement liquide appréciable. Les extrémités osseuses articulaires sont doublées de volume par suite de l'hypertrophie du périoste qui les recouvre. Douleurs sourdes, lancinantes, mauvais état général, émaciation, anémie.

28 *juin.* — Chloroformisation. Résection du genou suivant notre procédé habituel. Application d'un drain transversal au fond de la plaie. Réunion et suture des lambeaux à l'aide de huit fils métalliques. Pansement phéniqué et immobilisation du membre dans notre gouttière garnie de coussins imperméables.

Examen des pièces. — La rotule que nous avons enlevée était soudée au fémur ; les cartilages diarthrodiaux étaient ramollis et érodés ; la synoviale était complètement envahie par des fongosités végétantes d'aspect fibroïde; l'extrémité inférieure du fémur et l'épiphyse tibiale étaient atteintes d'ostéite. Il n'existait pas de noyaux tuberculeux.

Les suites de l'opération furent heureuses, bien qu'accidentées.

La réunion par première intention était effectuée le cinquième jour lorsque nous enlevâmes les fils. Pendant vingt-deux jours, la température oscilla entre 37°,6 et 38°,4; elle devint normale ensuite. Pendant cette première période, le malade eut deux abcès, l'un au côté interne le douzième jour, l'autre au côté externe le dix-huitième jour. Le drainage et les lavages antiseptiques eurent raison de ces accidents. A partir de ce moment, la guérison s'effectua progressivement. Le 6 août la suppuration était complètement tarie. Nous enlevâmes les drains et le membre fut placé dans une gouttière plâtrée, fenêtrée au niveau de la plaie. Nous cautérisâmes les orifices d'entrée et de sortie des drains avec le nitrate d'argent jusqu'au moment de la cicatrisation complète. — Le 20 septembre, on put appliquer un appareil silicaté et le 28 du même mois le malade quittait le service.

Obs. DX. — *Tumeur blanche du genou gauche. Amputation de cuisse. Guérison.* — Duponchel (Henri), vingt-quatre ans, ciseleur, entre le 20 mars 1882, n° 34, salle Sainte-Marthe. Père mort tuberculeux. Lui-même est atteint de tuberculose pulmonaire, plus avancée du côté gauche, où il existe des cavernules. Il y a quatre ans, sans causes connues, il commence à éprouver de la gêne dans les mouvements de flexion du genou gauche et des douleurs d'abord localisées au côté externe. Des badigeonnages de teinture d'iode eurent raison de ces accidents. Mais ils reparurent et s'accentuèrent, dans la suite, en même temps du gonflement apparut au niveau des culs-de-sac articulaires. Après des alternatives d'amélioration et de rechute le malade a fini par ne plus pouvoir se servir de son membre; en outre, l'état général s'est altéré de jour en jour.

État actuel. — Le genou gauche est déformé par une tuméfaction énorme, qui porte sur tous les points, mais particulièrement sur les culs-de-sac supérieur et latéral gauche. Les saillies et dépressions normales ont disparu. La peau exsangue, décolorée, est amincie, tendue et luisante. La jambe est immobilisée dans une flexion légère sur la cuisse. Les segments de membre sus et sous-jacents à l'articulation offrent un aspect squelettique qui contraste avec le gonflement articulaire. Au toucher la tuméfaction porte sur les condyles du fémur et sur l'extrémité supérieure du tibia. Les parties molles sont soulevées par un tissu mou faussement fluctuant donnant la consistance caractéristique des fongosités. Il existe un certain degré d'épanchement intra-articulaire. Les mouvements spontanés sont abolis, les mouvements provoqués sont douloureux, mais possibles. L'immobilisation de l'arthrite semble due surtout à la rétraction des muscles postérieurs de la cuisse. État général mauvais. Cachexie : émaciation, anémie extrême, sueurs nocturnes profuses.

1er *avril.* — Chloroformisation. Amputation de cuisse par la méthode circulaire, à l'union des tiers moyen et inférieur, pendant qu'un aide comprime la fémorale à l'éminence pectinée. Des pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux dès qu'ils sont ouverts. L'opération terminée, nous remplaçons les pinces par des ligatures de catgut, drain transversal. Quatre points de suture profonds et douze points superficiels à l'aide de fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe : les condyles du fémur et les plateaux du tibia apparaissent atteints de carie avec dépôts caséeux. Dégénérescence fongueuse de la synoviale; pus caséeux dans l'articulation.

2. — N'a pas dormi : a souffert de son moignon: dépression, somnolence. T. M. 38°,4.

2. — T. M. 38°,4. S. 38°,8. Potion de Todd avec extrait de quinquina 4 grammes, lait, bouillon, potages. Lavement purgatif. Pansement tous les deux jours.

3. — T. M. 38°,2. S. 38°,8.

4. — T. M. 37°,6. S. 38°,2. Même température jusqu'au 7 et alors elle est normale.

Pendant la troisième semaine, l'amélioration locale et générale s'accentue chaque jour. La plaie est réunie sur les deux tiers de sa surface. Se plaint de temps en temps de la névralgie de son moignon.

Mai. — La réunion est complète. Moignon dans un état excellent. Bon état général du malade qui a repris à vue d'œil, a engraissé. Il se lève et circule dans la salle, et à la fin de ce mois il quitte l'hôpital entièrement guéri et dans un état de santé inespéré.

Obs. DXI. — *Tumeur blanche du genou, chez un tuberculeux. Amputation de cuisse au-dessus des condyles.* — Sabot (Émile), vingt-deux ans, fleuriste, entre le 13 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 23. Son père est mort phthisique. Lui-même s'enrhume facilement l'hiver et a depuis quelque temps des sueurs nocturnes. Il y a trois ans, vives douleurs dans le genou gauche, gêne de la marche, puis repos obligé. Le genou se tuméfia au niveau des culs-de-sac supérieurs et latéraux de la synoviale. Il entra à l'hôpital de la Pitié où l'on porte le diagnostic hydarthrose aiguë et où l'on fit une ponction. Cette opération n'entrava ni les douleurs, ni la gêne articulaire. Depuis le malade a toujours été en traitement : l'immobilisation avec compression ouatée, pointes de feu : le tout sans résultat. En novembre 1880 : variole.

État actuel. — Le membre inférieur est dans l'extension. Le genou est déformé par une tuméfaction qui masque les saillies et dépressions normales et donne à l'articulation une forme globuleuse. La mensuration comparée donne 38 centimètres de circonférence au niveau de la rotule droite et 41 et demi au niveau de la gauche. Il

n'existe ni ulcérations ni fistules. Au toucher l'on sent au niveau des culs-de-sac latéraux la consistance mollasse et la fausse fluctuation caractéristique des fongosités épaisses. — Les extrémités articulaires du fémur et du tibia paraissent hypertrophiées. Le palper est fort douloureux. Les mouvements de l'articulation sont limités et très douloureux. Atrophie de la cuisse et de la jambe gauches. L'état général est mauvais : signes évidents de tuberculose au sommet du poumon gauche: matité, craquements humides. L'évolution progressive et croissante des désordres articulaires contribue à hâter la débilité et la cachexie, aussi jugeons-nous indispensable de sacrifier le membre.

15 *janvier*. — Chloroformisation. Amputation de cuisse au-dessus des condyles par la méthode circulaire. Drain transversal. Quatre points de suture profonde, quatorze superficiels avec des fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté légèrement compressif.

Sur une coupe verticale de l'articulation. La synoviale apparaît complètement dégénérée envahie par d'énormes masses fongueuses vitrées, transparentes, baignées de sérosité louche. Les cartilages ont une teinte jaunâtre et un aspect fibrillaire mais ne présentent ni érosion ni ulcération. Les épiphyses fémorale et tibiale sont atteintes d'ostéite tuberculeuse.

18. — Le malade va bien. Pansement et injections comme les jours précédents.

19. Fièvre vive : mal de tête, langue sèche. On voit sur le membre une rougeur érysipélateuse, on enlève les sutures et une petite partie de la plaie se désunit : néanmoins les suites sont favorables, la plaie marche comme une plaie simple.

10 *mars*. — Le malade est entièrement guéri. Il marche avec un pilon. Son état général est excellent.

Obs. DXII. — *Tumeur blanche de l'articulation du genou. Immobilisation et révulsifs. Amélioration.* — Chevalier (Gustave), trente-cinq ans, dentiste, entre le 15 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 80. Dans sa jeunesse : rougeole, conjonctivite consécutive pendant plusieurs années. A dix-huit ans, trois abcès de la partie latérale du thorax. Pas d'extraction de séquestre. Les abcès étaient guéris depuis trois mois, lorsque, à vingt ans : arthrite du genou gauche. Une ponction faite au-dessous du genou donne issue à du pus venant, au dire du malade, des parties voisines de l'articulation. Injection de teinture d'iode, de liqueur de Villate et de nitrate d'argent. Huile de foie de morue, vin de quinquina. Au bout de dix-huit mois le malade peut se lever et marcher avec des béquilles. A l'âge de trente-trois ans, il tombe sur le genou gauche. A partir de ce moment il se fatigue en travaillant, est bientôt obligé de marcher avec des bâtons.

Etat actuel. — La jambe est dans une demi-flexion sur la cuisse et le genou présente tous les signes d'une tumeur blanche. Pointes de feu. Compression ouatée. Extension immédiate. — Ce traitement a amené un peu d'amélioration.

19 *janvier.* — La jambe est dans l'extension, l'articulation malade est encore de 2 centimètres plus grosse que celle de l'autre côté. Le fémur, le tibia et la rotule du côté malade sont plus volumineux que du côté sain. Huile de foie de morue, sirop iodure de fer : potion de Todd. Compression ouatée.

L'amélioration devient notable pendant les mois de février et mars. Le malade va à Vincennes le 1er avril.

Obs. DXIII. — *Tumeur blanche du genou. Pleurésie. Tuberculisation pulmonaire rapide. Cachexie.* — L... (Jules), monteur en galoches, dix-sept ans, entre le 19 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 6. Père et mère bien portants ; gourme étant petit, glande derrière les oreilles. Il y a trois ans, il est tombé de 4 mètres de haut sur la jambe droite, debout. Il s'en suivit de la douleur pendant quinze jours. Un an après, s'étant fatigué, il ressentit de la douleur au genou. Les mouvements étaient limités, on lui mit de la teinture d'iode, le genou malade était à peine plus gros que le sain, quinze jours après on appliqua trois cautères autour du genou, puis un pansement au diachylon, il en résulta un mieux sensible pendant un ou deux mois sans claudication. Peu à peu l'affection reparaît. Badigeonnages iodés. En octobre 1879, il vient à Paris, à l'hôpital Saint-Louis où on lui met un appareil qu'il garde vingt jours. Puis six douches de vapeur. Mieux absolu pendant deux mois. Troisième retour de la maladie progressivement jusqu'au mois de juillet 1880, il entre le 12 juillet au n° 77 de la salle Saint-Augustin. Pointes de feu. Compression ouatée. On les renouvelle au bout de trois semaines, puis d'un mois. En septembre : appareil silicaté. Va à Vincennes, y reste quinze jours. Là on met un nouveau silicate avec lequel il rentre à Saint-Augustin (n° 5) le 21 septembre. D'octobre en décembre trois fois on met des pointes de feu et un silicate. Deuxième séjour à Vincennes : rentre à Saint-Augustin, au n° 6 le 19 janvier.

22. — Pointes de feu. Compression ouatée. L'état général est toujours satisfaisant.

25 *mars.* — Frissons répétés : fièvre et toux. Pleuro-pneumonie à gauche.

26. — La pleurésie s'affirme à gauche : point de côté, souffle, matité, petits râles sous-crépitants dans le reste des deux poumons : inappétence, fièvre surtout le soir. — Vésicatoire. Sirop de morphine. La pleurésie n'est guérie qu'au bout d'un mois. Le malade est très amaigri : fièvre continue avec exacerbations vespérales.

L'état général va de mal en pis pendant tout le mois de mai. On

enlève son appareil silicaté qu'il a depuis le mois de mars. Le genou est resté stationnaire. La jambe est très amaigrie. On renouvelle l'appareil. — Il part le 3 juin pour la campagne dans un état cachectique fort avancé, avec des cavernes pulmonaires.

Obs. DXIV. — *Tumeur blanche du genou. Ignipuncture. Amélioration.* — Brunet (Julien), vingt-neuf ans, emballeur, entre le 14 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 70. Jeune homme très peu vigoureux, à teint pâle, sans cependant d'antécédents pathologiques sérieux. Une bronchite et la scarlatine, cette dernière maladie à l'âge de treize ans; deux blennorrhagies l'une à dix-huit ans, l'autre à vingt-quatre. Il y a deux ans et demi il a commencé à éprouver dans le genou gauche des douleurs sourdes, et quelquefois très aiguës. Il croyait être atteint de rhumatisme d'autant que sa mère, dit-il, est rhumatisante. Progressivement ces douleurs ont augmenté et le genou s'est tuméfié. Pendant plus de quinze mois il a pu, quoique souffrant, continuer à exercer son métier qui est cependant fatigant, mais depuis six à huit mois il éprouve de la difficulté à marcher et sa jambe s'est un peu fléchie sur la cuisse.

État actuel. — Jambe légèrement fléchie sur la cuisse : le genou est le siège d'un gonflement assez notable. La peau à la surface a conservé sa couleur normale. Le malade exécute difficilement les mouvements de flexion et d'extension et quand nous-mêmes nous imprimons ces mouvements à l'articulation, on détermine de petits craquements. On constate également un léger épanchement dans l'articulation.

17. — Le malade étant endormi, on tente de ramener le membre dans l'extension, ce qui est obtenu assez facilement et on le place dans une gouttière plâtrée, puis on badigeonne le genou avec la teinture d'iode.

28 *septembre.* — L'épanchement n'a pas diminué. Ignipuncture.

8 *octobre.* — Diminution notable de l'épanchement. Légère compression ouatée.

13. — Amélioration très marquée. — Exeat du malade sur sa demande.

Obs. DXV. — *Tumeur blanche du genou droit. Immobilisation. Pointes de feu. Amélioration.* — Chanard (Henri), dix-sept ans, entre le 20 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30. A été très souvent malade dans son enfance, on trouve des traces de scrofule sur le cou. Il fatigue beaucoup dans son métier, étant obligé de porter de lourdes pièces d'étoffes et de monter fréquemment sur des marchepieds. Il y a deux ans, sans cause appréciable, douleurs dans l'articulation du genou droit. Ces douleurs étaient intermittentes et s'exagéraient à la fin de la journée. En même temps, il éprouvait une certaine raideur dans l'articulation; les mouvements de flexion de

la jambe sur la cuisse étaient surtout douloureux. Pendant quatre à cinq mois il ne remarqua pas de changement de volume du genou, mais depuis est apparu un gonflement très notable aujourd'hui, et peu à peu la jambe s'est fléchie sur la cuisse. La station verticale et la marche sont douloureuses ; il souffre beaucoup, a perdu le sommeil et l'appétit et il a beaucoup maigri. Badigeonnages iodés : pas d'autre traitement.

État actuel. — Tuméfaction considérable du genou. La jambe est demi-fléchie sur la cuisse. Le gonflement est surtout marqué en avant. Il s'étend sur la cuisse à une hauteur de trois travers de doigt. Les mouvements volontaires sont difficiles. La peau qui recouvre l'articulation a conservé son aspect normal, il n'existe pas d'orifice de trajets fistuleux. Au toucher, on trouve un certain empâtement des parties molles, la rotule est déjetée en dehors, les condyles du fémur sont augmentés de volume ; épanchement articulaire. — On immobilise le membre dans une gouttière plâtrée après avoir mis le membre le plus possible dans l'extension. Compression ouatée au niveau de l'articulation. Traitement tonique.

29 *septembre*. — Pas d'amélioration. On met des pointes de feu.

12 *octobre*. — Le volume du genou est un peu moindre. Les douleurs aussi ont diminué d'intensité.

17. — Depuis le 12, l'état local est le même ; mais l'état général est beaucoup plus satisfaisant. Nouvelle application de pointes de feu. Compression ouatée au niveau de l'article.

28. — Mieux très marqué, les douleurs sont passagères et peu accentuées. Le malade dort très bien et mange avec appétit. On enlève l'appareil plâtré et l'on constate que les mouvements se font plus facilement. On renouvelle l'appareil plâtré.

10 *novembre*. — Amélioration de plus en plus notable. On remplace le plâtre par un appareil compressif ouaté.

17. — Le malade sort dans un état très satisfaisant.

Obs. DXVI. — *Tumeur blanche du genou. Compression ouatée. Immobilisation. Ignipuncture. Cessation des douleurs.* — Van-Emmé (Henriette), quinze ans, entre le 20 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. Pas d'hérédité tuberculeuse. Elle n'a eu, dans son enfance, ni adénites strumeuses, ni gourmes, ni maux d'yeux.

A l'âge de trois ans, le genou gauche commence à gonfler, sans grande douleur, et à six ans il a un volume considérable ; la marche est difficile mais peu douloureuse. Badigeonnages à la teinture d'iode, puis séjour à Berck-sur-Mer, de sept à onze ans. Là on met de la teinture d'iode, des pointes de feu, et on applique des appareils silicatés. Un jour (la malade avait alors huit ans), elle glisse et tombe de sa hauteur, en arrière, la jambe fléchie, le pied pris

dans des pièces de bois. Fracture de la cuisse, deux mois de séjour au lit.

Depuis son retour de Berck, la marche est plus facile et le genou, d'après la malade, est beaucoup moins volumineux qu'autrefois.

Il n'a que 34 centimètres de circonférence, tandis que le genou droit en a 35; le gonflement, en effet, existe surtout en haut et en bas et il y a une saillie donnant la sensation de pseudo-fluctuation en avant du ligament rotulien; une autre analogue, mais plus petite à la partie supéro-externe. La rotule est perdue au milieu du tissu fongueux; l'extrémité inférieure du fémur est notablement augmentée de volume; l'extrémité supérieure du tibia est moins atteinte.

A la partie postérieure et externe, il s'est fait, il y a trois semaines, une ouverture spontanée, et il reste une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes, à bords décollés, par laquelle coule du pus séreux; le stylet n'arrive pas jusqu'aux os. La cuisse et surtout la jambe correspondantes sont amaigries. Les mouvements de l'articulation sont très limités; l'extension est complète, mais il y a à peine quelques mouvements de flexion: peu de claudication. Pendant la marche, le pied gauche s'étend et le corps repose sur l'extrémité antérieure du pied, car il y a un raccourcissement de 2 centimètres du côté malade. État général assez bon. Il n'y a ni toux ni sueurs nocturnes. A l'auscultation, quelques frottements à la partie supérieure du poumon gauche.

2 *mars*. — Compression ouatée.

16. — On enlève l'appareil ouaté; le genou a diminué de volume.

23. — La marche est facile et non douloureuse. — Exeat.

Obs. DXVII. — *Tumeur blanche du genou, suppurée. Compression ouatée et pansement au vin aromatique. État stationnaire.* — Flageul (Nicolas), quarante-sept ans, facteur, entre le 17 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 14. Ce malade tousse depuis quatre ans, époque à laquelle il a eu une forte bronchite : pas d'hémoptysie, sueurs nocturnes. Il y a cinq mois, sans cause appréciable, douleur sourde au genou gauche : bientôt la marche est empêchée, et le malade est forcé de garder le lit. Il reste quatre mois dans un hôpital.

État actuel. — L'extrémité inférieure du fémur est notablement augmentée de volume, la peau au niveau de l'articulation est lisse, blanche et tendue : vives douleurs dans l'article qui est empâté, fongueux.

3 *mai*. — Les douleurs sont plus violentes encore. La peau a de la tendance à devenir rouge.

4. — Un abcès articulaire s'est formé à la partie antérieure du genou.

6. — A la partie antéro-interne du genou, à un centimètre en dedans du bord interne du tendon rotulien, l'abcès s'ouvre et donne

issue à une assez grande quantité de pus mal lié, grumeleux. La partie inférieure de la cuisse est chaude et douloureuse. Cataplasmes arrosés d'huile phéniquée.

7. — Un peu d'amélioration.

8. — Le malade n'a pas dormi de la nuit; il souffre beaucoup du genou. Deux pilules d'extrait thébaïque de 5 centigrammes.

10. — Exeat sur sa demande.

Obs. DXVIII. — *Tumeur blanche du genou gauche. Ignipuncture. Compression. Amélioration.* — Michel (Alexandre), trente et un ans, garçon d'hôtel, entre le 6 décembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 6. Habite une chambre humide : chute qu'il a faite il y a onze mois sur le genou ; il y a cinq mois, a commencé à souffrir dans le genou gauche, mais pendant près d'une semaine il ne remarqua rien d'anormal. Ce n'est que le huitième ou neuvième jour qu'il s'est aperçu que l'articulation était gonflée. Il a néanmoins, malgré les progrès de la tuméfaction, continué à travailler parce qu'il souffrait très peu. Depuis un mois les douleurs sont très vives, la marche est difficile, les mouvements très pénibles et limités.

Etat actuel. — Le genou gauche est tuméfié, mais la tuméfaction est plus marquée au-dessous de la rotule, de chaque côté du tendon rotulien. Pas de rougeur ni de chaleur de la peau. Le gonflement est mou, uniforme et on constate facilement une accumulation de liquide en tenant les mains appliquées au-dessus et au-dessous de la rotule. Cet os est déplacé et soulevé. La jambe est dans l'extension ; les mouvements sont possibles, mais limités et douloureux.

10 *décembre.* — Ignipuncture. Appareil ouaté compressif.

25. — Le gonflement a beaucoup diminué ; les douleurs sont vives. Nouvel appareil compressif.

2 *janvier* 1882. — La tuméfaction disparaît peu à peu. Mouvements toujours pénibles et limités. On continue la compression.

12. — Les mouvements se font plus facilement ; mais ils sont encore douloureux.

14. — Amélioration très marquée. Départ pour Vincennes.

Obs. DXIX. — *Tumeur blanche du genou gauche. Ponction. Appareil ouaté compressif.* — N..., trente-neuf ans, religieuse, entre le 27 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 37. Pas d'accidents scrofuleux dans l'enfance. Un anthrax à l'âge de treize ans. Une pleurésie en février 1879. Elle paraît avoir eu une marche assez régulière; la malade n'est restée que cinq semaines au lit. Depuis, elle s'enrhume facilement, mais il n'y a ni frissons le soir ni sueurs nocturnes ; l'embonpoint est conservé et l'auscultation ne révèle rien de suspect aux sommets. En février 1880, la malade ressent, sans cause appréciable, une douleur à la partie interne du genou gauche. Cette douleur de-

vient bientôt très intense, avec des exacerbations nocturnes très manifestes. Deux mois plus tard, le genou commence à grossir. Vésicatoires. Cependant la marche est encore possible. Depuis, la tuméfaction a encore augmenté. Les douleurs, au contraire, ont diminué; du moins, il n'y a plus, comme douleurs spontanées, que des élancements qui suivent le tibia et le fémur. Les souffrances sont beaucoup plus accentuées pendant la marche; elles ont alors leur maximum au-dessus du genou et la malade les compare à une sensation de fracture. La marche est rendue difficile, non seulement par ces douleurs, mais aussi par la faiblesse du membre atteint. Le pied a été enflé pendant longtemps.

État actuel. — Le genou gauche est notablement plus volumineux que le droit, et ce gonflement s'étend à la partie inférieure de la cuisse; la cuisse est au contraire un peu amaigrie, du moins en raison des muscles du mollet. La peau du genou est tendue et sillonnée de veines, surtout en dehors. La rotule est élargie et peu mobile; à la partie supéro-externe du genou, il existe une collection fluctuante de la grosseur d'une pomme. Le reste de la tuméfaction est dur et paraît dépendre d'une augmentation de volume des os, surtout du fémur. Les mouvements sont possibles, mais limités.

1er *février.* — Ponction avec un trocart à hydrocèle. Il sort difficilement, et seulement quand on presse sur les parois de l'abcès, un pus grumeleux, très épais.

3. — Compression ouatée et appareil plâtré.

18 *mars.* — Depuis quelques jours, douleurs très vives. On enlève l'appareil, l'extrémité supérieure du tibia est tuméfiée et très sensible, surtout au niveau de l'épine antérieure.

27. — Pointes de feu. — A la suite, amélioration sensible au point de vue de la douleur. — Exeat le 15 avril.

Obs. DXX. — *Tumeur blanche du genou. Amputation de la cuisse. Guérison.* — Lardillier (Maurice), employé, vingt-trois ans, entre le 2 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 34. Étant jeune, ce malade eut de nombreuses manifestations de scrofule. Vers l'âge de dix ans, il commença à souffrir du genou droit; au bout de quelques mois les douleurs s'accentuèrent au point d'empêcher la marche. Le malade fut obligé de garder le lit pendant sept ou huit mois. On le traita par des vésicatoires, des pointes de feu, l'immobilisation dans un appareil silicaté. Au bout de ce temps, il put se lever et commencer à marcher. L'amélioration continua. Plus tard, il souffrit à plusieurs reprises de son genou, fut plusieurs fois obligé de suspendre son travail, mais jamais il ne garda le lit pendant plus d'un mois. Il y a à peu près un an, les douleurs du genou sont devenues plus vives que jamais, douleurs spontanées, qu'augmentaient les mou-

vements et les moindres attouchements. En même temps l'articulation se tuméfiait et le membre maigrissait considérablement. Toute médication fut inutile (vésicatoires, immobilisation, compression). Ce malade entre à l'hôpital réclamant l'amputation.

État actuel. — La jambe est à demi fléchie sur la cuisse. Tout mouvement soit spontané, soit provoqué est extrêmement douloureux. Le genou est très gonflé. Le membre est très amaigri. L'état général est bon. Un peu d'amaigrissement, mais bon appétit, pas de diarrhée. Le malade ne tousse pas. L'auscultation la plus minutieuse ne permet pas de constater l'existence de lésions pulmonaires.

L'amputation est pratiquée le 12 août à la partie supérieure de la cuisse. Trois points de suture profonde, quatorze points de suture superficielle. Pansement Lister. — Le soir, vomissements, T. 38°,3.

13 *août.* — T. M. 38°,2. S. 39°,4.

14. — Premier pansement. Quelques vomissements. T. M. 38°,4. S. 39°,6.

15. — Ablation des points de suture profonds.

20. — Ablation des sutures superficielles.

21. — Hémorrhagie considérable. Compression.

24. — Nouvelle hémorrhagie. Injection de perchlorure de fer étendu.

13 *septembre.* — Le tube à drainage est enlevé.

A partir de ce moment la cicatrisation marche peu à peu. Le malade part pour Vincennes le 22 septembre absolument guéri.

Obs. DXXI. — *Tumeur blanche du genou gauche. Ignipuncture. Compression ouatée. Amélioration.* — Jumel (Arsène), vingt ans, dessinateur, entre le 18 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 70. Il y a huit ans, tumeur blanche du genou gauche pour laquelle on parlait de faire l'amputation. Il est entré à cette époque dans notre service où nous l'avons traité par des cautérisations linéaires, l'immobilité et la compression ouatée. Il est sorti à peu près guéri au bout de trois mois. Il y a deux ans, il tombe sur le genou, il est forcé de rester trois semaines au lit. Depuis la première manifestation de la maladie, il n'avait jamais été bien solide sur la jambe gauche; il se fatiguait rapidement et y éprouvait de la lassitude. Cet état, depuis six mois, a augmenté, si bien que depuis cette époque il a de la difficulté à marcher et ne peut plus travailler.

Actuellement. — Atrophie considérable du membre gauche et les signes classiques de la tumeur blanche du genou. Ignipuncture. Compression ouatée.

29 *avril.* — Grande amélioration. Va à Vincennes.

Obs. DXXII. — *Tumeur blanche du genou. Vésicatoire. Compression ouatée. Appareil silicaté. Amélioration.* — Chevrel (Auguste),

trente ans, typographe, entre le 7 septembre 1882, au n° 8 de la salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. N'a jamais eu de maladie, jamais de douleur dans les jointures. Il y a quinze mois, en courant, chute sur les genoux, souffrances vives, mais au bout de trois ou quatre jours, les douleurs avaient complètement disparu et il marchait absolument comme auparavant. Pendant les cinq mois qui suivirent la chute, rien de particulier, puis vers la fin du sixième il commença à éprouver des élancements dans le genou gauche. Ces élancements se changent bientôt en douleurs très aiguës; la marche devient difficile et il remarqua un gonflement de l'articulation. Néanmoins, il continua à travailler et ce n'est que depuis six semaines qu'il a été obligé de garder le lit.

État actuel. — Gonflement notable du genou gauche. La peau qui recouvre les faces antérieure et latérale de l'articulation est rouge, tendue, chaude. Les mouvements volontaires sont très limités, ceux que l'on provoque fort douloureux, et la pression au niveau de l'articulation est insupportable pour le malade. Épanchement liquide intra-articulaire. Gouttière. Vésicatoires.

Le dixième jour : teinture d'iode, puis compression ouatée.

16 *octobre.* — Appareil silicaté. Le malade va bien, les phénomènes aigus ont complètement disparu.

23. — Sortie. Le malade gardera son appareil silicaté pendant quelque temps.

Obs. DXXIII. — *Tumeur blanche du genou droit. Compression ouatée. Application de teinture d'iode. Amélioration.* — Testin (Pierre), trente-sept ans, menuisier, entre le 22 mars 1881, au n° 17 de la salle Sainte-Marthe. Constitution médiocre. Jamais de maladies : pas de syphilis. Blennorrhagie il y a sept ans. Il y a dix-huit mois, il s'est heurté violemment le genou droit contre une pièce de bois. Il ressentit aussitôt une vive douleur qui au bout de vingt-quatre heures avait complètement disparu. Pendant plusieurs semaines il ne se produisit rien du côté de ce genou, mais depuis quatorze mois il éprouvait continuellement des douleurs sourdes dans l'articulation; les mouvements sont très difficiles et la marche fort pénible. C'est seulement depuis la fin de janvier qu'il a vu apparaître du gonflement au niveau de la jointure : ne peut plus travailler.

État actuel. — Le volume du genou droit est assez considérable, sa circonférence mesure 39 centimètres tandis que l'autre n'en mesure que 31. Le gonflement s'étend en longueur jusqu'au-dessous des condyles en haut et en bas à 2 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. La peau a conservé sa couleur normale, cependant elle a une teinte plus mate que celle des régions voisines. Épanchement intra-articulaire. Les mouvements provoqués sont très limités, surtout ceux de flexion, on perçoit de petits cra-

quements quand on opère ces mouvements. Extension et compression ouatée. Vin de quinquina. Régime fortifiant.

12 *avril.* — On enlève l'appareil; le gonflement a un peu diminué, on ne trouve plus que 36 centimètres 1/2 à la mensuration ; l'épanchement articulaire est à peu de chose près le même. Nouvelle compression ouatée, après avoir fait autour du genou un badigeonnage à la teinture d'iode.

5 *mai.* — Amélioration très notable, le malade fait quelques mouvements. L'épanchement est moindre. Peu de douleurs.

13. — Le malade allant beaucoup mieux, on l'envoie à Vincennes avec son appareil légèrement compressif. Il marche avec un bâton.

G. — Articulations tibio-tarsienne et tarsiennes.

Obs. DXXIV. — *Tumeur blanche du tarse gauche. Amputation de jambe. Mort.* — Dubut (Émile), quarante-quatre ans, journalier, entre le 15 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. Homme vigoureux. Depuis quatre mois et demi il ressent des douleurs, pendant la march et à la suite des fatigues, au niveau du cou-de-pied gauche.

Au repos, également de petites douleurs.

État actuel. — A la face externe du pied, au-dessous de la malléole et en arrière, un empâtement mollasse donnant la sensation de fausse fluctuation, sans changement de coloration et sans adhérence de la peau. La pression est assez douloureuse à ce niveau. Sur la malléole elle-même, la pression n'est pas douloureuse.

A la face interne du pied, derrière et dessous la malléole interne allant jusqu'au tendon d'Achille, il existe encore comme de l'autre côté un empâtement mollasse et faussement fluctuant, sans changement de coloration. Les mouvements de torsion du pied sont peu douloureux. Les mouvements de flexion et d'extension le sont au contraire beaucoup. Les mouvements d'adduction et d'abduction sont également très pénibles. Depuis deux mois, le malade a sensiblement maigri. Pas de tuberculose pulmonaire. Appareil silicaté.

Le malade est envoyé quelque temps après à Vincennes et en revient le 15 avril.

20 *avril.* — Il s'est formé derrière la malléole interne une collection fluctuante qui est ouverte et donne issue à une assez grande quantité de pus.

25. — Le pus sortant mal et le foyer purulent s'étendant jusqu'au côté externe, on passe un drain en arrière de l'articulation tibio-tarsienne en avant du tendon d'Achille et allant d'un côté à l'autre.

14 *mai.* — Aucune amélioration ne s'est manifestée, les lésions

osseuses ont évidemment progressé, le pied et la jambe sont œdématiés, le malade s'affaiblit. On fait l'amputation de la jambe au tiers inférieur (procédé elliptique avec fente verticale de la manchette au côté externe). Drainage. Sutures. Pansement phéniqué.

Les premiers jours, les suites de l'amputation parurent assez bonnes, mais le malade était très faible.

Le cinquième jour, le malade a des frissons, la suppuration est très abondante et fétide.

Le dixième jour après l'amputation, il mourut avec des accidents généraux graves : adynamie, diarrhée.

Obs. DXXV. — *Ostéo-arthrite fongueuse du tarse. Résection. Récidive. Amputation sus-malléolaire. Guérison* (pièce de notre collection du musée Saint-Louis). — Gelain (Pierre), quarante-cinq ans, sabotier, entre le 1er février 1881, n° 2, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques, mais manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Fièvre intermittente à vingt ans. Il y a trois ans, pleurésie droite. Il y a deux ans, chute avec un lourd fardeau, entorse du pied gauche qui ne fut pas soignée : inflammation consécutive. En août 1879, un premier abcès s'ouvrit à la face externe du tarse et demeura fistuleux. Second abcès quelque temps après. Le mal a fait des progrès incessants.

État actuel. — Tuméfaction au niveau de la première rangée des os du tarse. La peau est rouge, luisante, amincie, ulcérée et décollée. Les tendons soulevés en masse ne sont pas malades : par deux fistules ouvertes en avant du péroné on arrive sur le calcanéum et le cuboïde atteints de carie; l'articulation de ces deux os est remplie de fongosités et de pus et communique avec les fistules. Il n'existe rien d'analogue au côté interne. L'articulation tibio-tarsienne, les jointures tarso-métatarsiennes sont intactes.

19 *février*. — Anesthésie. Nous tentons de conserver le pied en faisant la résection des os malades et l'ablation des fongosités. Incision externe de 6 centimètres, et en faisant rétracter les tendons nous arrivons sur l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Le cuboïde est tellement malade qu'il faut l'enlever tout entier; la partie antérieure du calcanéum ramollie, cariée et envahie par les fongosités est évidée. Une partie de l'astragale et du scaphoïde est de même réséquée. Grattage minutieux des fongosités. Drainage. Pansement phéniqué.

Il n'y eut pas d'accidents consécutifs, la température maxima fut de 38°,4 et dès le troisième jour elle était retombée à la normale. La cicatrisation marcha rapidement; mais à mesure que la guérison s'effectuait du côté de la plaie, de la tuméfaction et de la rougeur apparaissent à la face interne du tarse. En mars, un mois après l'opération, un abcès se forma au niveau du scaphoïde, fut ouvert avec

le bistouri et demeura fistuleux. Quinze jours plus tard, second abcès, qui évolue de la même façon. Malgré les injections répétées de teinture d'iode dans les fistules et les cautérisations au nitrate d'argent, la tuméfaction s'étend de proche en proche et les fongosités envahissent les deux rangées du tarse. Mauvais état général : menace de tuberculose pulmonaire.

23 *avril.* — Chloroformisation. Amputation sus-malléolaire à lambeau elliptique. Drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

La coupe antéro-postérieure et verticale du pied montre que les articulations astragalo-scaphoïdienne, astragalo-calcanéenne et celles du scaphoïde avec les cunéiformes n'existent plus et sont remplacées par des paquets de fongosités baignés de pus. Les os qui concourent à les former sont en partie détruits par la carie. Les portions restantes sont jaunâtres et infiltrées de graisse. Au foyer de la première opération on trouve du tissu de cicatrice, mais nulle trace de tendance à la reproduction des os qui ont été réséqués. T. = 36°,8.

24. — T. M. = 38°. S. = 38°,2. La nuit a été calme. Pas de souffrances du côté de la plaie.

25. — T. M. = 37°,4. S. = 38°.

26. — Premier pansement. La température oscilla entre 37° et 38° pendant quinze jours, on a enlevé les fils le sixième jour et on les a remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Réunion partielle. Suppuration modérée : cicatrisation progressive.

4 *juin.* — Abcès au côté interne du moignon ; poussée fébrile. Débridement et drainage de l'abcès.

26. — État général et local très satisfaisant. La cicatrisation fait des progrès rapides.

9 *juillet.* — Guérison. Sortie.

Obs. DXXVI. — *Tumeur blanche du tarse gauche. Amputation de la jambe au tiers inférieur. Guérison.* — Henriot (Charles), vingt-deux ans, doreur, entre le 22 mai 1881, n° 4, salle Saint-Placide. Pas d'hérédité. Scrofule. Gourme et adénites cervicales dans l'enfance. En 1875 entorse tibio-tarsienne gauche et consécutivement gonflement persistant tarso-métatarsien et péri-malléolaire, gêne de la marche. En 1876, on lui propose l'amputation ; elle n'est pas acceptée. Immobilisation dans un plâtre. Formation et ouverture d'abcès qui restent fistuleux. Le malade réduit à l'impotence et sentant ses forces diminuer de jour en jour se décide à réclamer une intervention.

État actuel. — Le pied est déformé par une tuméfaction énorme étendue de la racine des orteils au-dessus des malléoles et occupant la face dorsale et la face plantaire. Les saillies et dépressions nor-

males sont marquées par le gonflement. La peau amincie, tendue, luisante, est pâle, exsangue dans la plus grande partie de son étendue. Elle est criblée de fistules au pourtour desquelles elle offre une teinte violacée. Au côté interne du pied, de l'extrémité postérieure du calcanéum au premier métatarsien, on trouve sept fistules assez régulièrement espacées, dont quatre sont actuellement en activité. Au côté externe il en existe cinq; trois au devant du péroné, deux en arrière de cet os. Deux autres orifices fistuleux siègent à la face dorsale, l'un au niveau de l'interligne tibio-tarsien, l'autre au niveau de la seconde rangée du tarse. Les fistules internes conduisent dans l'épaisseur du calcanéum, de l'astragale, du scaphoïde et du cunéiforme ou dans les articulations qui les unissent. Ces os sont désorganisés par la carie; devenus friables, ils se laissent pénétrer par le stylet. Les articulations sont ouvertes et remplies de pus et de tissu fongueux. Au côté externe, les trois fistules antérieures conduisent sur l'astragale et le scaphoïde qui se laissent traverser comme les os précédents et sont atteints des mêmes lésions. Des deux fistules médianes antérieures l'une conduit dans l'articulation tibio-tarsienne, l'autre dans les articulations de la seconde rangée du tarse avec les métatarsiens. Consistance mollasse et faussement fluctuante de toute la région. Douleurs spontanées, sourdes, continues, lancinantes, exagérées par les tentatives de mouvements et la pression. Impuissance fonctionnelle. État général inquiétant, émaciation : au sommet des deux poumons : submatité, râle muqueux, expiration prolongée.

11 *juin.* — Chloroforme. Compression digitale de la fémorale. Amputation de la jambe au tiers inférieur par la méthode elliptique d'après le procédé de M. Marcellin Duval, qui a bien voulu assister à l'opération. L'opération terminée, 6 pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux saignants et maintenues en place pendant deux heures. Pansement provisoire. Au bout de deux heures, on enlève les pinces : quelques ligatures au catgut. Sutures métalliques. Drainage. Pansement phéniqué.

Sur une coupe médiane et verticale, on constate que les os des deux rangées du tarse et les extrémités postérieures des métatarsiens sont complètement détruits par la carie et envahies par les fongosités. Les articulations sont désorganisées, remplies de pus et de fongosités. On ne retrouve ni les ligaments ni la surface articulaires. L'articulation tibio-tarsienne présente les mêmes altérations.

Pas de réaction fébrile. Réunion par première intention sauf à la partie moyenne où il existe une plaque de sphacèle de la largeur d'une pièce de cinq francs. L'eschare s'élimine le vingtième jour. Cet accident retarde beaucoup la guérison.

10 *septembre*. — Exeat.

Obs. DXXVII. — *Arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche chez un tuberculeux. Amputation sus-malléolaire. Guérison.* — Arguillaud (François), quarante-huit ans, journalier, entre le 13 septembre 1882, n° 17, salle Sainte-Marthe. Il y a un an, sans causes connues, il commença à éprouver dans l'articulation tibio-tarsienne gauche de la gêne, puis des douleurs pendant la marche, peu à peu le pourtour de ces jointures se tuméfia. La marche devint impossible. Le malade se décida alors à entrer dans un service d'hôpital où l'on fit des séances d'ignipuncture jusqu'en juillet 1882. Ce traitement fut suivi d'une certaine amélioration, le malade quitta l'hôpital et reprit ses occupations. Peu après les douleurs et la tuméfaction reparurent.

État actuel. — Le pied gauche est déformé par une tuméfaction limitée au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne et plus accusée en avant, au niveau de la gaine des tendons extenseurs, qui est soulevée sans participer au processus morbide, et en arrière des malléoles. En arrière de la malléole interne existe une fistule laissant continuellement couler un pus caséeux, mal lié. Le stylet introduit dans le trajet se porte directement vers l'articulation sans y pénétrer et sans rencontrer de surfaces osseuses : consistance mollasse et faussement fluctuante de toute la région. Les os et les articulations du métatarse, du tarse et des phalanges sont indemnes. Les mouvements spontanés de l'articulation tibio-tarsienne sont abolis. Les mouvements provoqués sont limités, douloureux et s'accompagnent de craquements. Mauvais état général. Tuberculose pulmonaire : amaigrissement, sueurs nocturnes, pertes des forces, crachats sanglants et purulents. — Ignipuncture, compression ouatée et appareil inamovible silicaté.

Tous les huit jours, pointes de feu et même appareil.

Ce traitement ne parvient pas à entraver la marche de l'arthrite fongueuse; d'autre part, la tuberculose pulmonaire fait des progrès et l'état général s'aggrave.

11 *novembre*. — Chloroformisation. Amputation sus-malléolaire par la méthode à lambeau elliptique pendant qu'un aide comprime la fémorale. — Drain transversal. Suture métallique. Pansement à l'eau oxygénée et compression ouatée.

Une coupe verticale et antéro-postérieure du pied montre que l'articulation tibio-tarsienne est désorganisée et pleine de pus. La synoviale est épaissie, érodée par places, vascularisée, infiltrée de dépôts jaunâtres. Les os ont perdu leurs cartilages diarthrodiaux et sont atteints d'ostéite raréfiante avec noyaux caséeux.

Pendant les huit premiers jours, la température oscille entre 38 et 40°. Le malade ne mange pas, dort mal, souffre de sa jambe. L'état

général reste mauvais. Pourtant, pas d'accidents locaux et les lambeaux du moignon se sont réunis par première intention.

28. — La température oscille entre 37 et 38°; les douleurs ont disparu, mais le maladene s'alimente pas, son état général s'aggrave. Il tousse et crache.

11 *décembre*. — Amélioration notable. Cicatrisation presque complète. Appétit revenu. Toux presque nulle, mais le malade a de l'insomnie et des sueurs nocturnes.

28. — La jambe est complètement guérie. Etat général amélioré. Le malade part en convalescence.

Obs. DXXVIII. — *Tumeur blanche du cou-de-pied droit. Immobilisation. Amélioration locale, mais aggravation de l'état général.* — Romiguières (Constantin), trente-quatre ans, courtier, entre le 28 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 10. Abcès ganglionnaires du cou dans sa jeunesse. Syphilis en 1870; accidents secondaires. Tousse depuis quatre ans; hémoptysies multiples l'année dernière, amaigrissement depuis deux ans, perte de forces. Au mois d'août dernier, douleur au niveau du cou-de-pied droit, un peu d'enflure.

En novembre : tuméfaction à la partie inférieure des deux malléoles; peau tendue, rouge; fluctuation. Incision, issue de pus. Depuis, fistule qui persiste. Immobilisation plâtrée. — Sous le plâtre, il se forme un décollement de la peau, à orifices multiples, sur la face dorsale du pied. Par le stylet, on constate que ce décollement aboutit à des trajets sinueux et profonds par lesquels toutefois on n'arrive sur aucun point osseux. Les mouvements spontanés ou provoqués de l'articulation tibio-tarsienne et du tarse ne sont pas douloureux, or ils l'étaient beaucoup autrefois.

Dans le courant de janvier, le malade maigrit, perd l'appétit de plus en plus; et le 29, exeat sur sa demande.

Obs. DXXXI. — *Tumeur blanche tibio-tarsienne. Refus d'opération.* — Collin (Camille), dix-sept ans, garçon marchand de vins, entre le 25 mai 1881, n° 8, salle Sainte-Marthe. Père et mère bien portants. Ophthalmie dans l'enfance. Il y a un an, à la suite d'un coup léger, douleur et gonflement lentement progressifs dans l'articulation tibio-tarsienne; un peu de claudication. Un médecin le soigne pour des varices; bas élastiques avec lesquels il marche mieux pendant quelque temps. Néanmoins il y a deux mois il est obligé d'interrompre son travail, la marche étant devenue impossible. En dehors de la marche, le malade ne souffre pas, bon état général; rien du côté des poumons, ne tousse pas, n'est pas sujet à s'enrhumer.

A l'entrée. — L'articulation tibio-tarsienne gauche est augmentée de volume surtout en dedans, cependant elle est peu déformée et

peu douloureuse à la pression en dehors et en avant. En dedans à son niveau il y a une tuméfaction notable, un peu molle, sans changement de coloration à la peau. On y trouve de plus une ulcération de la grandeur d'une pièce d'un franc, à bords irréguliers et décollés, peu profonde, fongueuse. Elle serait due à un bas élastique qui le serrait trop et qu'il n'a pu supporter qu'un jour. Les mouvements du pied sont diminués, mais non très douleureux. — Pansement au vin aromatique.

2 *juin.* — Quarante pointes de feu. Compression ouatée.

15. — On enlève la ouate. La plaie s'est un peu agrandie et la tumeur blanche n'est pas améliorée, il s'agit manifestement de fongosités articulaires ayant envahi la partie interne de la synoviale tibio-tarsienne et probablement les ligaments et articulations du tarse les plus voisines. — Pansement au vin aromatique et régime tonique.

9 *juillet.* — Le malade, refusant toute intervention, demande son exeat.

Obs. DXXX. — *Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne Appareil inamovible. Badigeonnage avec teinture d'iode. Amélioration.* — Goujéon (Alexis), quarante-deux ans, ciseleur, entre le 11 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 7. L'hiver dernier il a eu une entorse du pied gauche qu'il n'a pas traitée. Au mois d'avril il a commencé à ressentir dans l'articulation tibio-tarsienne de vives douleurs ; les douleurs étaient plus intenses sur la partie latérale droite de l'articulation. Il y eut d'abord une claudication légère, puis la marche finit par être impossible.

État actuel. — Gonflement œdémateux occupant tout le pied, mais surtout marqué au niveau des malléoles tibiale et péronière. Le pied est légèrement en rotation en dehors, le bord externe reposant sur le plan du lit et le bord interne regardant en haut. Mouvements d'extension et de flexion très limités et douloureux ; craquements articulaires. Le malade ressent des fourmillements plutôt que des douleurs tout le long de la jambe et parfois de la cuisse. État général satisfaisant. On place la jambe et le pied dans une gouttière plâtrée ; autour du pied, badigeonnages avec la teinture d'iode.

Une grande amélioration se produit sous l'influence de ce traitement ; et le 18 *septembre :* exeat.

Obs. DXXXI. — *Tumeur blanche tibio-tarsienne droite. Ignipuncture. Appareil compressif ouaté. Amélioration.* — Rounaud (Pierre), trente-six ans, tourneur, entre le 3 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 28. Il y a cinq semaines, sans cause connue, il ressentit en travaillant, dans l'articulation tibio-tarsienne et sur le dos du pied, une violente douleur qu'il compara à un coup de couteau. Quoique la douleur continuât, il n'a pas cessé son travail, mais depuis huit à dix

jours, voyant son pied enfler ainsi que l'articulation, il a été obligé de rester chez lui. La marche est impossible. Son métier de tourneur l'oblige à se servir de son pied droit pour faire mouvoir le tour, et dans ces derniers mois il a eu un excès de travail.

Etat actuel. — L'articulation tibio-tarsienne droite ainsi que la face dorsale du pied sont le siège d'un gonflement peu marqué; la peau à la surface a conservé sa couleur normale. La jambe de ce côté a subi un commencement d'atrophie. Pas de fistule ni d'abcès péri-articulaires. Mouvements du pied presque complètement abolis. Marche impossible. Douleurs à la pression à la partie antérieure de l'articulation. Les organes thoraciques sont sains.

7 *novembre.* — Ignipuncture. Appareil compressif.

3 *décembre.* — Aucune amélioration. On fait de nouveau de l'ignipuncture.

2 *janvier.* — Nouvelle application de pointes de feu.

10 *février.* — Le malade sort dans un état assez satisfaisant,

Obs. DXXXII. — *Tumeur blanche du cou-de-pied. Amputation de la jambe. Guérison.* — Aubry (Edmond), dix-neuf ans, étudiant, entre le 25 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Bonne santé jusqu'à douze ans. — A cette époque hypertrophie ganglionnaire cervicale, suppuration qui a toujours persisté depuis avec des moments d'arrêt. Il y a deux ans, le malade à la suite d'une promenade éprouva une vive douleur dans le cou-de-pied gauche. — Repos pendant quelques jours et disparition de la douleur. Bientôt nouvelles douleurs, et cette fois gonflement du cou-de-pied, gonflement qui a persisté depuis. Il y a deux mois, abcès ouvert spontanément et suppuration au niveau de la malléole interne.

Etat actuel. — Gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche dont la synoviale est fongueuse. — A la face interne du cou-de-pied, fistulette par laquelle pénètre le stylet sur des surfaces cariées et au milieu de nombreuses fongosités grisâtres. — Mouvements de l'articulation très limités, et réveillant de vives douleurs. Suppuration des ganglions cervicaux. État général faible. Respiration rude aux deux sommets pulmonaires. Peu d'appétit. Urines normales. — Toniques de toute sorte. Immobilisation du pied. Pointes de feu. Compression ouatée.

Le traitement est continué pendant trois mois sans résultats favorables.

15 *octobre.* — Chloroformisation. Amputation au lieu d'élection à lambeau postérieur, Drain. Pansement phéniqué.

Pansement renouvelé tous les jours. Suppuration assez abondante. Enfin le malade sort guéri à la fin de l'année 1881. L'état général amélioré et la marche assez facile avec son appareil.

Obs. DXXXIII. — *Polyarthrite fongueuse du pied. Amputation de la jambe. Mort* (pièce de notre collection du musée de Saint-Louis). — Viallet (Berthe), dix-sept ans, entre le 11 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 40. Pas d'hérédité tuberculeuse; mère morte d'un cancer du foie. N'a jamais joui d'une très bonne santé. Coqueluche, bronchite, diarrhée très tenace et différentes manifestations scrofuleuses. Réglée à treize ans sans accidents, elle l'est d'une façon satisfaisante pendant cinq mois. A ce moment elle se fait une entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite. Traitée par un rebouteur, elle est soumise à des mouvements violents de l'articulation. De ce jour ses règles disparaissent et sa santé commence à s'affaiblir. Quinze jours après l'accident apparaît une rougeur avec douleur très aiguë de la région du cou-de-pied. La malade est obligée de garder un mois le lit. L'arthrite fongueuse n'en évolue pas moins avec une rapidité telle que six mois après l'accident l'amputation paraissait seule capable à un chirurgien de sauver la malade. Les parents refusèrent de laisser pratiquer l'opération. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, cette jeune fille est restée chez elle soignée par des empiriques. Dès le premier mois une fistule s'était développée à la face externe de l'articulation ; depuis de nombreux trajets sont apparus sur la périphérie de la région durant plus ou moins longtemps, puis disparaissant, remplacés par d'autres.

L'état général cependant est demeuré relativement bon. Depuis deux mois seulement l'affaiblissement s'accentue d'une façon si prononcée, que la malade vient d'elle-même demander l'amputation.

Etat actuel. — Faible, amaigrie, elle porte de nombreux trajets fistuleux dans la région sous-maxillaire; ceux-ci se sont développés un mois après son accident. Adénite des ganglions inguinaux droits sous l'influence des plaies fistuleuses sans doute. Le pied droit dans une extension forcée est le siège d'une tuméfaction considérable. La région est doublée de volume, rouge et chaude. Un trajet fistuleux à la partie externe, menant sur la malléole nécrosée. L'articulation, largement ouverte, est le siège d'une suppuration abondante. Il n'y a donc pas lieu de chercher à faire aucune conservation. L'articulation du genou est dans la flexion à 120 et 140 degrés et ne peut être amenée à l'extension complète. Cependant l'examen des parties ne permet d'y découvrir rien d'anormal. Rien dans les poumons. Faiblesse considérable. Diarrhée rebelle.

19 *mars*. — Anesthésie. Amputation de la jambe à deux lambeaux, avec lambeau postérieur plus grand que l'antérieur et incision interne sur une hauteur de 8 centimètres du lambeau antérieur.

22. — La malade est toujours bien faible. Elle paraît cependant mieux portante qu'avant l'opération; l'appétit est en partie revenu.

12 *avril.* — Vaste abcès de la fesse. La plaie va bien. Un peu d'albumine dans les urines.

17. — Mort par épuisement.

Autopsie. — Tous les organes sont anémiés; sauf les deux poumons présentant cependant un peu de congestion à la base; tubercules crus au sommet du poumon gauche.

Les reins sont atteints de dégénérescence amyloïde, comme le montre l'examen histologique. Le foie a la même altération.

Il y a des abcès ganglionnaires dans le médiastin et au niveau des ganglions lombaires. Ulcération tuberculeuse de l'intestin.

Obs. DXXXIV. — *Ostéo-arthrite fongueuse du pied. Injections de teinture d'iode et compression ouatée. État stationnaire.* — Sévin (Jules), cinquante-deux ans, homme de peine, entre le 12 avril 1882, n° 19, salle Sainte-Marthe. Il y a deux ans, dans le pied gauche, douleurs limitées au cou-de-pied. Cet hiver, la face dorsale du pied s'est gonflée et est devenue plus douloureuse. Peu à peu la peau a rougi. Il a dû cesser tout travail. Au commencement de janvier, deux abcès s'ouvrirent spontanément et restèrent fistuleux.

État actuel. — La face dorsale du pied est gonflée : peau amincie au niveau du troisième cunéiforme, orifice d'un trajet fistuleux. Sur la face externe du calcanéum, deuxième fistule. Avec un stylet, on reconnaît une carie des os du tarse. Ces os sont dénudés et l'instrument pénètre aisément dans leur intérieur. Arthrite fongueuse des articulations correspondantes. Rien du côté des organes thoraciques. Nous proposons au malade l'amputation du pied, qu'il refuse : immobilisation et compression; injections d'iode dans les trajets fistuleux.

Aucune amélioration ne se produit dans l'état local, mais l'état général devient meilleur.

Au commencement de mai : exeat sur sa demande.

Obs. DXXXV. — *Ostéo-arthrite fongueuse du pied. Injections de teinture d'iode. Immobilisation. Amélioration.* — Bern... (J.-Pierre), trente-six ans, apprêteur, entre le 21 mai 1882, n° 79, salle Saint-Augustin. Ses parents sont bien portants. Il y a deux ans, un morceau de fonte du poids de 2 livres lui est tombé sur le pied. Il y a huit mois, douleurs vives, au niveau de la face dorsale du pied, puis gonflement, et abcès multiples qui se sont ouverts spontanément et sont restés fistuleux.

État actuel. — Gonflement très marqué de l'articulation tibio-tarsienne et du dos du pied. Les mouvements de l'articulation sont limités, douloureux. La face dorsale du pied est déformée, peau lisse, amincie, rouge par place. Orifices de trois trajets fistuleux, par lesquels sortent des gouttelettes de pus. Le stylet introduit dans ces fistules démontre que les os du tarse sont dénudés et atteints de carie; arthrite fongueuse des articulations correspondantes. L'état

général est peu satisfaisant, mais il n'y a rien du côté des organes thoraciques. On immobilise l'articulation ; injections iodées dans les trajets fistuleux. A l'intérieur : huile de foie de morue, sirop de fer, vin de quinquina. Potion à l'eau oxygénée.

Une amélioration notable se produit tant dans l'état général que dans l'état local.

29 *juin.* — Le malade va à Vincennes.

Obs. DXXXVI. — *Ostéo-arthrite fongueuse du pied. Amputation. Guérison.* — Hervieux (Louis), cinquante-trois ans, cuisinier, entre le 17 août 1881, n° 1, salle Sainte-Marthe. Sujet très débilité, pâle, amaigri par une longue suppuration. Depuis trois ans le pied gauche s'est gonflé, douleurs intermittentes aiguës l'obligeant à se reposer et même à garder le lit. Pendant quinze mois, alternatives de bien et de mal. Depuis le mois de mars 1880, abcès qui sont restés fistuleux. Impossibilité de marcher. Souffrances très grandes.

État actuel. — Quatre orifices fistuleux en partie obstrués par des bourgeons charnus. L'une de ces fistules est située sur la face externe du calcanéum, les trois autres sont situées sur la face dorsale du pied ; trois au niveau des os du tarse et une seule au niveau du troisième métatarsien. Un stylet introduit dans ces diverses fistules permet de reconnaître que tous les os du tarse sont atteints de carie. Le calcanéum lui-même est carié, mais l'astragale semble saine. Arthrite fongueuse des articulations correspondantes. Une ablation partielle étant impossible, nous proposons au malade une opération radicale qu'il accepte.

22 *août.* — Chloroformisation. Amputation au tiers inférieur de la jambe. Drainage. Sutures. Pansement de Lister.

Les premiers jours, état fébrile très marqué. Le cinquième jour, le malade commence à avoir des nuits plus calmes, il demande à manger davantage. Vin de quinquina, rhum, café, vin de Bordeaux.

12 *octobre.* — Guérison parfaite. Bon état général. Exeat.

Obs. DXXXVII. — *Ostéo-arthrite fongueuse du pied. Injections iodées. Immobilisation. Amélioration.* — Leblond (Gustave), vingt-huit ans, charron, entre le 2 juillet 1882, n° 28, salle Saint-Augustin. Depuis deux ans, douleurs vives dans le pied droit. La marche devint pénible, mais il continua à travailler. Huit mois après les premières douleurs, deux abcès consécutifs à la partie externe du dos du pied. Ces abcès sont restés fistuleux.

État actuel. — L'articulation tibio-tarsienne est gonflée ; mouvements presque nuls. La peau du dos du pied est rougeâtre et amincie. A 3 centimètres de la malléole externe, un peu en dedans, orifice d'un trajet fistuleux, et un deuxième orifice à peu près à la moitié du dos du pied. Ces fistules laissent écouler du pus. Le stylet pénètre jusque sur les os qui sont dénudés, ramollis et friables. Tous

les os de la deuxième rangée du tarse et une portion de la première sont envahis par la carie. Les articulations correspondantes sont atteintes d'arthrite fongueuse. — Avant d'en arriver à une opération, nous essayons les injections iodées deux ou trois fois par jour dans les trajets fistuleux. Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer. Immobilisation de l'articulation.

26 *août*. — Le traitement a amené une amélioration très notable. — Exeat avec ordre de revenir si de nouveaux accidents survenaient. — Il n'a pas été revu.

H. — Orteils.

Obs. DXXXVIII. — *Ostéo-arthrite fongueuse du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. Résection des parties malades.* — Valarcher (François), vingt-quatre ans, journalier, entre le 25 avril 1881, n° 17, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Scrofule dans l'enfance. Il y a douze ans, sans causes connues : douleur, tuméfaction, rougeur et abcès au niveau de l'extrémité postérieure et interne du premier métatarsien droit. L'abcès s'ouvrit et demeura fistuleux. Peu après, un second abcès se forma à la face dorsale du pied au niveau de la tête du second métatarsien, s'ouvrit et demeura fistuleux comme le précédent. Depuis cette époque les fistules ont passé par des alternatives d'occlusion et d'activité. Il y a quatre ans, elles se sont fermées complètement et le malade se croyait guéri, lorsqu'il les a vues se rouvrir dernièrement.

État actuel. — Tuméfaction modérée du tarse droit au niveau du premier métatarsien. Peau amincie, tendue, luisante, rosée, légèrement œdémateuse. Au bord interne du pied, en un point qui correspond à l'extrémité postérieure du premier métatarsien, s'ouvre une fistule laissant continuellement écouler une faible quantité de pus séreux et grumeleux. A la face dorsale du pied, au niveau de la tête du second métatarsien, s'ouvre une seconde fistule, présentant les mêmes caractères que la précédente, avec cette différence que les bords sont décollés dans une étendue de 1 centimètre. Le stylet introduit dans la fistule postérieure arrive directement sur un os ramolli, friable, qui se laisse facilement pénétrer par l'instrument en produisant la crépitation particulière de la carie. La seconde fistule chemine à travers les parties molles d'avant en arrière et de dehors en dedans ; le stylet, introduit par cette voie, arrive de même sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien, qu'il traverse de part en part, pour ressortir par la première fistule. Au toucher, les os n'offrent pas de déformation appréciable sinon au niveau de la première articulation tarso-métatarsienne où il existe une hypertrophie marquée du périoste. Malgré la distance des fistules, les désordres paraissent

bien localisés en ce point. Toutes les autres articulations sont libres et indolentes. Anémie, émaciation. Pas delésions viscérales.

21 *mai.* — Chloroformisation. Incision longitudinale au côté interne du premier métatarsien, longue de 5 centimètres et comprenant du même coup toute l'épaisseur des parties molles. Il nous est alors possible d'explorer l'os dans toute sa longueur et de nous convaincre que le mal est limité à sa partie postérieure ainsi que nous l'avions prévu. Nous tombons sur une cavité osseuse creusée dans l'épaisseur de l'épiphyse tarsienne de l'os. Cette cavité, remplie de pus et de débris d'os carié, est tapissée par une membrane de petits bourgeons charnus. Ses parois ramollies sont constituées par un os atteint lui-même de carie avancée. A l'aide d'une cuiller tranchante nous vidons le foyer morbide et nous évidons ses parois jusqu'à ce que nous tombions sur de l'os sain. L'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme est détruite par la suppuration et contient des fongosités. La portion correspondante du premier cunéiforme est elle-même atteinte de carie. Nous l'évidons par le même procédé. Pendant quelques minutes compression sur les surfaces osseuses saignantes à l'aide d'une éponge. Drain. Sutures. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Réunion par première intention le dixième jour. On enlève les fils et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Suppuration modérée : pas de fièvre.

On enlève le tube à drainage dans les premiers jours de juillet. Cautérisation des bourgeons charnus avec le crayon de nitrate d'argent : et le malade sort le 24 septembre.

Il rentre le 19 octobre : une fistule s'est réouverte à l'angle postérieur de la plaie et donne un peu de pus. Depuis sa sortie, de petits fragments d'os ont été éliminés. L'auscultation montre l'existence de craquements au sommet du poumon gauche. Repos. Injections iodées. La fistule se ferme au bout de deux mois. Amélioration de l'état général.

Ajoutons que depuis une dizaine de mois le malade sentait un point douloureux à la partie supérieure de la face interne du tibia. Au mois d'octobre dernier, à ce niveau, une petite grosseur se montra et augmenta peu à peu de volume.

État actuel. — On peut constater, au-dessous du condyle interne du tibia, une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur. Cette tumeur détermine parfois de petits élancements. Quand on presse sur la partie interne et supérieure de l'abcès, on produit une vive douleur. — Incision. Drainage. L'abcès se tarit en un mois.

Le malade sort le 22 janvier dans un état aussi satisfaisant que possible.

§ VI

CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES.

Deux cas de corps étranger articulaire, et tous deux du genou : même remarque que pour les tumeurs blanches, c'est surtout au genou, ou, plus exactement, presque exclusivement au genou, qu'on les rencontre.

Chez un seul des deux malades nous avons fait l'opération. Dans ce cas (obs. DXXXIX), à vrai dire, il s'agit d'un corps étranger extra-articulaire ou du moins fixé sur les confins du cul-de-sac de la synoviale. C'est en somme une observation tout à fait analogue à celle que nous avons publiée dans le tome IV de nos *Cliniques*, p. 652.

Le siège et le volume sont exactement les mêmes. La marche diffère en ce sens que chez l'autre malade le corps étranger datait de vingt-sept ans, tandis qu'ici les troubles fonctionnels remontent à huit mois. De plus dans le premier cas il était mobile, mais revenait toujours au même point. Ici comme là, au point de vue de la genèse nous n'admettons pas la théorie de Hunter et de Velpeau (formation aux dépens de caillots sanguins), ni celle de Kölliker (hypertrophie et transformation fibro-cartilagineuse de petites papilles de la face profonde de la synoviale). Nous serions plus porté à admettre la théorie de Laënnec (hypergenèse des tissus extra-synoviaux).

Chez cette malade, comme dans le cas précédent, l'extraction du corps étranger a été facile et les suites de l'opération très heureuses.

Obs. DXXXIX. — *Corps étranger périarticulaire du genou gauche. Extirpation. Guérison.* — Pregnard (Maria), vingt-trois ans, modiste, entre le 14 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55. Cette malade a senti, il y a huit mois, une douleur assez vive dans le genou s'irradiant le long de la jambe et elle s'est aperçue qu'il existait dès cette époque une petite boule qui depuis a augmenté de volume. Les douleurs ayant continué, le genou enflant après les fatigues, la

marche est devenue assez gênée pour que la malade soit venue demander une intervention.

État actuel. — Sous la peau, au côté externe du tendon du triceps, juste au-dessus du cul-de-sac de la synoviale, est une tumeur du volume d'une petite noisette. Elle est en avant du tendon, car sa tension n'empêche pas de la sentir. — Anesthésie. Une petite incision conduit sur un corps d'apparence fibreuse du volume d'une petite noisette qui est isolé et extrait sans difficulté. Sutures entortillées : pansement antiseptique.

18. — Les sutures sont enlevées, la plaie est réunie dans toute sa profondeur, seule la peau ne l'est pas parfaitement. La malade ayant eu un peu de fièvre et quelques sensations douloureuses du côté du genou quoique sans gonflement, on fait l'immobilisation et la compression du genou avec un bandage roulé.

17 *juin.* — Guérison complète. Va au Vésinet.

Obs. DXL. — *Corps étranger de l'articulation du genou.* — Audan, trente-trois ans, journalier, entre le 27 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. A toujours joui d'une excellente santé. Il y a quatre ans, chute sur le genou droit; entorse ; séjour de quelque temps à l'hôpital de Lyon : peut reprendre son travail. Cependant de temps en temps il ressentait des élancements douloureux dans le même genou. Il remarqua également que la fatigue, et le fait de porter des fardeaux trop lourds, provoquaient l'apparition de ces douleurs. Subitement parfois, il se vit obligé d'interrompre son travail parce qu'il était pris d'une douleur subite, violente, l'arrêtant complètement. La douleur disparue, le malade reprenait son travail.

Depuis dix jours, chute : il ne peut plus travailler ni même se tenir debout depuis lors. Craquements dans le genou et perception d'un corps mobile flottant dans l'articulation.

A son entrée. — On sent en effet nettement un petit corps étranger à la partie externe du genou. — Repos et bains sulfureux. Amélioration immédiate : ce qui nous fait croire à un peu de simulation de la part du malade.

Quelques jours après, la marche était très aisée. Exeat.

§ VII

HYGROMAS.

Douze cas d'hygromas : 4 de la bourse muqueuse de l'olécrâne, et 8 de la prérotulienne.

Les 4 hygromas du coude étaient suppurés : les 3 der-

niers s'accompagnaient de phlegmon. Ce phlegmon est le type du phlegmon dénommé par Chassaignac *phlegmon par diffusion.* Il diffère essentiellement du phlegmon diffus, entité morbide bien caractérisée par son extension très rapide et une tendance au sphacèle. Ici c'est une inflammation suppurante qui gagne de proche en proche mais lentement et sans frapper de sphacèle le tissu cellulaire. Une longue incision parallèle à l'axe du membre amène toujours dans ces cas une guérison rapide.

On a préconisé dans ces dernières années l'injection de chlorure de zinc pour la guérison des cavités kystiques. Nous l'avons essayée chez le malade de l'observation DXLVII : nous n'avons pas pu connaître le résultat définitif, le malade étant sorti avant guérison complète, mais nous avons pu voir que, quatorze jours après l'injection de 6 gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc, l'hygroma avait diminué de moitié. C'est en tout cas un procédé anodin qu'on pourra essayer, chez les gens pusillanimes, avant d'en arriver à la méthode sanglante.

Dans les autres cas nous avons obtenu la guérison par les révulsifs et la compression ouatée, ou par le drainage.

Obs. DXLI. — *Hygroma suppuré du coude. Incision avec le bistouri. Guérison.* — Tolain (Jean), quarante-deux ans, palefrenier, entre le 5 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Il s'est heurté violemment le coude contre un grillage de fer. Quelques heures après, apparaissait à la partie postérieure de l'articulation, une tumeur fluctuante, douloureuse surtout dans les mouvements d'extension. au bout de quelques jours les mouvements sont même devenus impossibles.

État actuel. — Au niveau de l'olécrane est une tumeur du volume et de la forme d'une noix : peau rouge, œdémateuse et chaude. La pression est douloureuse ainsi que les mouvements, qui sont très limités. — Cataplasmes.

9 *mars.* — Incision cruciale avec le bistouri.

Pendant neuf jours suppuration abondante, puis elle diminue, la plaie se cicatrise et le malade sort guéri le 24 mars 1881.

Obs. DXLII. — *Plaie de la bourse séreuse olécranienne. Phlegmon par diffusion de l'avant-bras. Drainage. Guérison.* — Couturier (Louis), soixante et un ans, commissionnaire, entre le 10 janvier 1881, salle

Sainte-Marthe, n° 10. Chute sur le coude gauche le 1er janvier: petite plaie contuse du coude, qui a saigné un peu. La nuit suivante : douleurs et quelques élancements. Le lendemain le coude gonfle, puis le bras le 5 ; le gonflement va en augmentant jusqu'au 9 janvier.

Etat actuel. — Gonflement œdémateux, avec rougeur de tout l'avant-bras et du tiers inférieur du bras. On sent par places sur l'avant-bras des points qui paraissent ramollis. Pas de fluctuation en aucun point. Suppuration douteuse : œdème considérable de la main. — Cataplasmes.

12. — La sonde cannelée introduite dans la plaie olécranienne pénètre de toute sa longueur à la face postérieure de l'avant-bras sous la peau décollée. — Contre-ouverture. Drainage.

13. — Le bras présente un bon aspect. Injections. Cataplasmes.

20. — La suppuration est peu abondante. La région n'est plus douloureuse, ni spontanément ni à la pression. On cesse les cataplasmes.

24. — On retire le drain d'une partie du trajet. Exeat.

30. — Le malade revient : cicatrisation complète.

Obs. DXLIII. — *Hygroma suppuré du coude droit. Incision. Drain. Injections phéniquées. Guérison.* — Renaizi (Henri), vingt-neuf ans, découpeur sur métaux, entre le 2 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 9. Il y a quinze jours, il s'est heurté violemment le coude droit contre un meuble. Douleur très vive aussitôt après le choc, puis engourdissement de tout l'avant-bras et des doigts pendant deux jours, puis disparition de cet engourdissement.

Dix jours après, le malade ressent de nouveau une vive douleur au niveau du point contus et remarque un gonflement très prononcé au niveau de l'olécrâne. Le gonflement augmente ainsi que les douleurs, la peau rougit, s'amincit ; fièvre.

A son entrée. — En arrière de l'apophyse olécranienne est une tumeur du volume d'un œuf. La peau est rouge, lisse, tendue, chaude. Douleurs spontanées et à la pression, excessivement aiguës : mouvements d'extension difficiles. Fluctuation manifeste au centre, induration à la base. — Cataplasmes. Purgatif salin.

5 *septembre.* — Incision avec le bistouri ; écoulement abondant de pus. Tube à drainage ; lavage avec de l'eau phéniquée au vingtième.

22. — Guérison. Sortie.

Obs. DXLIV. — *Hygroma du coude. Phlegmon diffus de l'avant-bras. Incision. Guérison.* — Rellief, dix-neuf ans, employé, entre le 8 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. A toujours joui d'une excellente santé. Aucune manifestation diathésique appréciable. Aujourd'hui entre à l'hôpital pour un hygroma du coude droit, ayant déterminé un phlegmon de l'avant-bras, et remontant à huit jonrs. Aucune étiologie appréciable.

Actuellement. — Le coude et l'avant-bras sont le siège d'une rougeur intense : chaleur et tension de la peau ; tuméfaction du coude considérable, fluctuation très étendue. État général assez bon. Incision de la collection purulente. — Drainage. Pansement alcoolisé.

10 *février.* — Il y a un peu de décollement des bords de la plaie. avec suppuration de la poche. Lavages répétés : pansement alcoolisé.

12. — La suppuration a diminué.

14. — La plaie est en voie de cicatrisation. Bon état général.

16. — Guérison presque complète. Va à Vincennes.

Obs. DXLV. — *Hygroma chronique de la bourse prérotulienne. Poussée aiguë après une rupture spontanée. Guérison (hypertrophie rotulienne concomitante).* — Guillot (Martin), soixante-dix ans, sans profession, entre le 2 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 13. Ce malade est extrêmement sourd ; il répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Nous apprenons de lui que sa maladie a débuté il y a plus de dix ans, mais nous ne pouvons pas savoir quel métier il faisait lorsqu'elle a commencé, ni à quelle cause il l'attribue. Il nous apprend toutefois que cette grosseur qu'il a au devant du genou s'est rompue, il y a trois semaines, dans un effort que le malade a fait pour sauter du lit, et qu'une quantité considérable de liquide s'est écoulée. Depuis cette époque, l'affection, qui primitivement était indolore, est devenue douloureuse : marche et mouvements difficiles. Inappétence : un peu d'embarras gastrique.

Etat actuel. — La région du genou droit est tuméfiée, et la tuméfaction siège surtout en avant de la rotule. A ce niveau, la peau est épaisse, chagrinée comme une grosse peau d'orange ; elle est rouge et chaude. A la partie inférieure de la tuméfaction existe un orifice longitudinal par lequel la sonde pénètre et s'enfonce sur une longueur de 6 centimètres. Si on presse la région prérotulienne, on fait sourdre par cet orifice, en même temps qu'un liquide lactescent, une quantité considérable de grains riziformes ; nous pouvons même en recueillir, le jour de l'entrée, un demi-verre à expérience. Ajoutons que chez ce malade la rotule est très hypertrophiée. — Cataplasmes.

3 *juin.* — La pression ne fait plus sortir de grains riziformes. Injection de teinture d'iode. — Compresses d'alcool.

11. — Cautérisation de la poche avec un long crayon de nitrate d'argent. On continue les compresses alcoolisées.

18. — Le liquide qui s'échappe de l'orifice est franchement purulent ; bourgeonnement de bonne nature.

1er *juillet.* — Le stylet s'enfonce moins facilement dans la cavité.

17. — Il ne sort que très peu de pus par l'orifice. — Exeat du malade sur sa demande.

Obs. DXLVI. — *Hygroma aigu du genou droit. Badigeonnage*

avec la teinture d'iode. Compression. Guérison. — Barlin (Adolphe), vingt-sept ans, menuisier, entre le 24 juillet 1881, au n° 76 de la salle Saint-Augustin. Il y a douze à quatorze jours, il s'est fortement heurté le genou droit contre une pièce de bois. Toute la journée, il a beaucoup souffert, mais a néanmoins continué son travail. Le soir il aperçut sur le genou une légère éraillure de la peau. Pendant la nuit, bon sommeil. Le lendemain il retourne à son travail et souffrait moins que la veille, mais vers le soir, la douleur étant plus aiguë, il se fit avec de l'alcool camphré des frictions. Le deuxième jour, il remarque que le genou blessé est plus volumineux que l'autre et que les douleurs s'exagèrent dans le mouvement de flexion. Repos au lit. Pendant six jours l'accroissement de la tumeur est lent et graduel, et les douleurs deviennent aussi plus violentes. C'est depuis trois jours surtout que le gonflement a pris une marche rapide, les douleurs restant les mêmes.

État actuel. — A la partie antéro-interne de l'articulation, au devant de la rotule est une tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule : peau légèrement rougeâtre. La tumeur est molle, fluctuante, douloureuse à la pression et dans les mouvements de flexion quelque peu étendus. Rien du côté des ganglions inguinaux. Repos au lit. Badigeonnages iodés. Compression légère.

31 *juillet.* — Diminution très notable de la tumeur. La pression n'est plus douloureuse, mais le blessé souffre encore quand on imprime à l'articulation des mouvements de flexion. Même traitement.

7 *août.* — Peau normale. Mouvements faciles et sans douleur. On supprime la teinture d'iode. Compression ouatée.

14. — Guérison. Sortie.

Obs. DXLVII. — *Hygroma chronique prérotulien. Injections de chlorure de zinc.* — Renard (Alexandre), soixante-six ans, tonnelier, entre le 28 juin 1881, n° 28, salle Sainte-Marthe. D'une bonne santé habituelle et sans antécédents morbides. Cet homme est habitué à s'appuyer du genou contre les tonneaux. Il a vu, depuis trois mois, se développer en avant du genou droit une tumeur indolore qui n'a fait que s'accroître et devient gênante.

Actuellement. — Hygroma chronique du volume d'un œuf de poule. Rien par ailleurs.

29 *juin.* — On fait dans la tumeur une injection, au moyen d'une seringue de Pravaz, de six gouttes d'une solution de chlorure de zinc. Peu de douleurs consécutives immédiates. Pendant quatre ou cinq jours repos au lit. La tumeur devient rouge, un peu plus tendue et un peu plus douloureuse, puis tout se calme, le malade se lève et marche dans la salle.

13 *juillet.* — Il demande à sortir. La tumeur a diminué de volume de plus de moitié.

Obs. DXLVIII. — *Hygroma du genou. Vésicatoire. Compression ouatée. Guérison.* — Touzard (Léon), quarante ans, chaisier, entre le 20 septembre 1881, au n° 4 de la salle Saint-Augustin. S'est heurté le genou contre le moyeu d'une roue, douleur au moment du choc, mais continue son travail. Il y a dix jours, il a commencé à souffrir et a remarqué à la partie antérieure du genou une tumeur du volume d'une châtaigne. Cette tumeur peu douloureuse le gênait beaucoup pour marcher et il lui était impossible de se mettre à genou.

A son entrée. — Nous trouvons à la partie antérieure du genou, un peu au-dessous de la rotule, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, bien circonscrite, rénitente, légèrement fluctuante et quelque peu douloureuse à la pression. Les mouvements de flexion et d'extension sont pénibles, principalement celui d'extension, aussi le malade tient-il la jambe un peu fléchie sur la cuisse. La peau à la surface de la tumeur a conservé sa coloration normale. — Vésicatoire, et lorsque celui-ci est sec, compression ouatée.

La tumeur diminue graduellement et le 22 octobre la guérison est complète. Exeat.

Obs. DXLIX. — *Hygroma de la bourse prérotulienne gauche. Ponction et compression. Guérison.* — Pélissier (Ferdinand), dix-sept ans, charbonnier, entre le 15 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 1 *bis.* Pas d'antécédents. Jamais malade. Il y a dix jours, le malade en montant un sac de charbon glisse et tombe sur le genou gauche. Violente douleur, mais peut continuer à marcher. Le soir, gonflement du genou portant surtout à la face antérieure du genou. La douleur a diminué par le repos, mais non le gonflement.

État actuel. — Au devant de la rotule gauche, tumeur du volume d'un œuf de poule environ, liquide, non douloureuse à la pression, gênant un peu les mouvements du genou. Pas de gonflement de l'articulation. État général très bon. — Ponction avec appareil Potain : issue de liquide séro-purulent. Forte compression ouatée sur le genou, et repos.

La compression est renouvelée deux fois, et le malade sort, le 10 décembre, guéri.

Obs. DL. — *Hygroma aigu du genou. Vésicatoires. Compression ouatée. Guérison.* — Sorel (Étienne), trente-sept ans, maçon, entre le 12 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 31. Il s'est frappé le genou contre une pierre de taille, il y a de cela cinq semaines. Pas de douleurs immédiates. Le neuvième jour, douleur aiguë qui s'irradiait dans la cuisse et une partie de la jambe. La peau de la face antérieure du genou était rouge, chaude et douloureuse à la pression. Il retourna encore à son travail le lendemain, mais il ne put achever la journée à cause des douleurs. Demi-repos pendant trois semaines.

État actuel. — En avant de la rotule, une tumeur arrondie, du

volume d'une mandarine, fluctuante, douloureuse à la pression, la peau à sa surface est rouge. Le malade ne peut qu'incomplètement fléchir la jambe. Vésicatoire.

20 *avril.* — Il y a une légère amélioration et les douleurs sont moins vives.

27. — La tumeur est bien diminuée ainsi que les douleurs; les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale sont encore très pénibles. La douleur de la cuisse a disparu. Compression ouatée.

16 *mai.* — Le volume de la tumeur est beaucoup moindre. Plus de douleurs. Mouvements de flexion possibles.

21. — Guérison presque complète. Sortie.

Obs. DLI. — *Hygroma du genou. Drainage. Guérison.* — Bourcard (Léon), trente-deux ans, frotteur de parquets, entre le 27 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Sujet vigoureux, sans antécédents pathologiques ou héréditaires. Il se met souvent à genoux pour travailler. Il y a quinze jours, après avoir été près d'une heure à genoux, il sentit, en se relevant, une violente douleur dans le genou gauche. Le reste de la journée, il souffrit beaucoup en marchant. Le lendemain à son réveil, ce genou était plus gros que le droit, a pu continuer son travail, tant bien que mal, pendant dix jours. Depuis cinq jours, la marche est devenue excessivement pénible; les douleurs sont très vives, et le genou continue à enfler.

État actuel. — A la partie antérieure du genou, au devant de la rotule, est une tumeur du volume d'une orange. Les téguments qui la recouvrent sont rouges, luisants; fluctuation, chaleur de la peau, douleur à la pression. L'articulation du genou est saine et les mouvements, quoique exagérant la douleur, se font dans une certaine étendue. Le mouvement d'extension est le plus douloureux, aussi le malade tient-il sa jambe légèrement fléchie sur la cuisse.

29 *juin.* — Ponction et contre-ponction avec un trocart courbe. Passage d'un drain. Issue d'un liquide séro-purulent. Injections d'eau phéniquée au quarantième. Pansement phéniqué. Repos au lit.

La guérison marche rapidement, et le 19 juillet le malade peut sortir.

Obs. DLII. — *Hygroma du genou gauche. Drainage. Guérison.* — Médard (Augustin), vingt-deux ans, distillateur, entre le 1er mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 9. Il y a huit à neuf jours, le malade, d'une bonne santé jusqu'à cette époque, constate que son genou augmentait de volume. Pas de rhumatisme, pas de blennorrhagie, pas de chute, sa profession ne l'oblige pas à se tenir à genoux. Légère douleur en marchant, surtout le soir lorsqu'il était un peu fatigué.

État actuel. — Au devant de la rotule gauche, tumeur ronde, molle, fluctuante, non douloureuse à la pression, sans chaleur ni

rougeur à la peau. Articulation du genou absolument saine. Pas d'hydarthrose. Compression ouatée.

3 *mai.* — Même état. Ponction et aspiration avec l'appareil Potain, on retire un verre d'un liquide huileux et jaunâtre, fortement albumineux. Compression ouatée.

6. — L'épanchement ne s'est pas reproduit ; le malade demande à sortir.

Il rentre au bout de huit jours, l'épanchement s'est reproduit.

19. — Drainage. Injection d'acide phénique au vingtième.

20. — Inflammation assez notable. Compresses d'eau-de-vie camphrée.

23. — Injection de teinture d'iode.

Pendant les jours suivants, on fait des injections d'eau phéniquée au cinquantième. — Les phénomènes inflammatoires diminuent peu à peu.

31. — Le tube est enlevé.

3 *juin.* — Le malade va à Vincennes.

CHAPITRE VI

SYSTÈME NERVEUX ET ORGANES DES SENS

§ I

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET NERFS PÉRIPHÉRIQUES MOTEURS ET SENSITIFS.

Les neuf observations de *commotion cérébrale* montrent qu'il ne faut pas se hâter de porter un pronostic fatal dans le cas de commotion cérébrale : en effet, un seul de nos malades a succombé (obs. DLV). Et cependant chez les autres le coma était complet; il reconnaissait d'ailleurs un traumatisme puissant, chute du quatrième étage (obs. DLIV et DLVIII) du troisième (obs. DLXV, du second (obs. DLIII), d'une hauteur de 3 mètres (obs. DLVI), dans un escalier (obs. DLIX), enfin la projection contre un mur, par une machine à vapeur (obs. DLVII). Dans aucun de ces cas, excepté celui de l'observation DLXV, nous n'avons constaté de paralysie localisée, ce qui permettait d'éliminer une lésion circonscrite de l'encéphale et par là même plaidait en faveur d'un pronostic moins grave. De même nous n'avions aucun signe physique, ni aucun des principaux signes rationnels de fracture du crâne, ce qui nous a permis d'écarter cette lésion, tout en faisant nos réserves toutefois, mais l'événement nous a donné raison, car il est difficile d'admettre dans l'hypothèse d'une fracture du crâne un rétablissement aussi rapide et aussi complet que celui qui est survenu chez nos malades. Un seul (obs. DLVIII) a fait exception et l'état subcomateux a persisté huit à neuf jours.

Le malade qui a succombé à la suite d'un violent coup de corne de taureau (obs. DLV) avait été exposé à un froid rigoureux, ce qui explique l'engoûment pulmonaire, trouvé à l'autopsie, et qui a joué un rôle important dans la mort.

L'observation DLXV diffère des autres en ce sens que la commotion cérébrale n'était pas ici toute la lésion ; il y avait en plus une fracture du rocher, selon toute apparence au moins, car notre diagnostic ne repose que sur l'apparition de cette paralysie faciale et de cette surdité survenues sept jours après la chute. Le nerf facial n'a évidemment pas été rompu, la paralysie aurait été immédiate, il a été comprimé dans son canal osseux par des exsudats de la période de réaction, ou les produits élaborés pour la formation du cal; le nerf auditif a participé à cette compression, ce qui indique son siège : la première portion du conduit auditif.

Nous avons traité nos malades par les dérivatifs (sangsues et purgatifs), les révulsifs (vésicatoires), et les antiphlogistiques (glace sur la tête), le tout combiné à l'opium ; nous nous en sommes bien trouvé.

L'observation DLXI est un cas de tétanos à la suite d'une plaie insignifiante de la nuque ; il est assez remarquable par la lenteur de sa marche, et en même temps par la rapidité de son apparition après le traumatisme. La mort est survenue le dix-huitième jour, malgré l'hydrate de chloral à hautes doses.

L'observation DLXII est un cas bien net de commotion médullaire par chute verticale sur les talons de la hauteur d'un mètre ; l'appareil symptomatique a été, ici, purement médullaire. Les phénomènes de parésie ont persisté assez longtemps, car le septième jour, lorsque le malade voulut sortir, ils n'étaient pas complètement dissipés.

Les observations DLXIII et DLXIV ont trait à des névralgies, l'une des branches nerveuses temporales superficielles et sous-orbitaires, l'autre des branches du nerf frontal. Les malades étaient âgées de soixante-deux et de cinquante-cinq ans. Les antécédents présentaient ceci d'intéressant que chez la première malade il y avait eu des fièvres intermittentes à

une époque très éloignée et que chez l'autre on pouvait invoquer l'alcoolisme et l'exposition habituelle aux vapeurs d'oxyde de carbone. Chez ces malades les névralgies céphaliques n'étaient pas les premières manifestations de cette nature. Toutes deux avaient, en effet, eu primitivement des névralgies sciatiques. Toutes les médications anti-névralgiques avaient été épuisées sans succès et la vie était devenue insupportable aux patientes. En pareil cas, et lorsqu'il est bien établi que les phénomènes douloureux ne sont pas d'origine centrale, nous n'hésitons pas à pratiquer la résection et l'arrachement du filet nerveux malade. A plusieurs reprises, nous avons discuté la valeur de cette opération, et nous nous sommes attaché à démontrer à la fois son innocuité et son efficacité. Les deux observations qui précèdent viennent s'ajouter aux nombreux succès que nous avons tirés de cette pratique. Chez nos deux malades, en effet, les douleurs disparurent immédiatement après l'opération pour ne plus revenir et la guérison complète fut obtenue en moins d'un mois.

Les observations DLXVII et DLXVIII montrent toute la gravité des plaies de l'avant-bras par chute sur des débris de verre. Dans ces cas il faut toujours explorer la sensibilité dans la sphère des nerfs qui passent au niveau du point lésé, et si l'on constate la section d'un tronc nerveux, la suture nerveuse est de rigueur au même titre que la suture des tendons. La suture des nerfs est, en effet, actuellement une opération qui a fait ses preuves et dont la technique doit être connue de tous les chirurgiens. Elle est inoffensive, et du reste, étant données les conséquences des plaies des nerfs, conséquences déplorables, nos deux sujets en sont témoins, elle est parfaitement légitimée.

Obs. DLIII. — *Chute d'un second étage sur la tête. Commotion du cerveau. Coma. Guérison.* — Cochet (Vincent), trente ans, plombier, entre le 1[er] septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 30. En travaillant sur une fenêtre d'un second étage, il a perdu l'équilibre et est tombé sur la tête. Perte de connaissance pendant près d'une heure.

A son entrée. — Coma le plus complet. Lorsqu'on lui adresse la parole, il ne répond pas. Les paupières sont fermées, mais elles s'en-

tr'ouvrent par instant, et l'on peut constater qu'il n'existe aucune ecchymose sous-conjonctivale. Dans le conduit auditif externe du côté gauche, il y a du sang; mais il provient d'une plaie superficielle siégeant à 1 centimètre au-dessus de l'arcade zygomatique. Lorsque l'on pique le malade avec une épingle, il retire le membre piqué, la sensibilité et la motilité sont donc conservées.

Pendant deux jours, l'état comateux persiste, puis le troisième jour le malade commence à répondre aux questions. Il se plaint de souffrir dans la tête. Nous examinons de nouveau la région et nulle part nous ne trouvons de fracture.

5 *septembre*. — Coma presque complètement disparu, céphalalgie moins intense.

8. — Beaucoup de mieux; le malade a pu manger un potage et boire du lait. Quelques douleurs de tête intermittentes et très supportables.

15. — Disparition absolue des symptômes; le malade se lève.

21. — Guérison. Sortie.

Obs. DLIV. — *Chute du quatrième étage. Commotion cérébrale. Guérison.* — Berrier (Ernest), trente-cinq ans, plombier, entre le 3 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Il vient de tomber de la hauteur de quatre étages; a été transporté immédiatement à l'hôpital.

A son entrée. — Décubitus dorsal, coma. Les membres retombent inertes lorsqu'on les soulève; ils ne présentent aucune trace de contracture. La sensibilité est abolie en grande partie. On peut pincer ou piquer le malade sans déterminer la moindre contraction musculaire; seuls, les mouvements qu'on imprime à la tête sont douloureux et arrachent quelques cris plaintifs. Pas de convulsion, pas de vomissements. Les paupières sont abaissées. Les pupilles sont égales, ni dilatées ni rétrécies; elles se contractent très lentement. Deux plaies contuses, une sur la bosse frontale gauche, ayant une longueur de 4 centimètres, sans décollement du périoste; l'autre de mêmes dimensions au niveau de la partie droite de l'occiput. Pas d'écoulement de sang ou de sérosité par les oreilles. Pas d'ecchymoses oculaire, palpébrale ou pharyngée. Pas d'épistaxis.

4 *juillet*. — Même état. Trois sangsues derrière chaque apophyse mastoïde.

5. — Un peu d'amélioration. Le malade ouvre les yeux. Il répond vaguement aux questions qu'on lui pose; il se plaint de souffrir de la tête; il est presque constamment somnolent. Miction aisée. Alimentation légère.

6. — L'amélioration continue. Le malade peut s'asseoir sur son lit; il demande à sortir. Les questions sont encore peu précises et ses réponses peu nettes : les pupilles se contractent encore lentement. Bon appétit.

7. — Mieux sensible; l'intelligence revient assez vite, la mémoire aussi. Le malade se souvient très bien où il était tombé et comment il est tombé.

8. — Le malade se lève. Il est encore peu solide sur ses jambes; il chancelle un peu en marchant; quelques vertiges, mais pas de bourdonnements d'oreille.

10. — Excellent état. Le malade nous supplie de le laisser sortir. Toutefois il paraît que, dans le courant de la journée, paroles et actes sont quelquefois bizarres.

19. — Guérison. Exeat.

Obs. DLV. — *Commotion cérébrale. Pneumonie. Mort. Autopsie.* — Guyon, quarante-six ans, mécanicien, entre le 18 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 72. A reçu dans la région temporale gauche un coup de corne de taureau ; est resté un peu exposé à un froid rigoureux.

A l'entrée. — Il est pâle, sans connaissance, respirant bien, avec pouls normal. Les jambes retombent inertes lorsqu'on les soulève ; les membres supérieurs obéissent moins facilement aux mouvements qu'on veut leur communiquer; il n'y a pas toutefois de contracture.

A 1 centimètre en dehors de la terminaison du sourcil gauche, on constate l'existence d'une plaie longitudinale de 3 centimètres de longueur. En y introduisant le doigt, on ne trouve du côté de l'orbite ou de la fosse temporale aucun signe de fracture. Pas de symptômes de fracture de la voûte ; pas d'ecchymose oculaire, pas d'écoulement par le nez ou les oreilles. La pupille gauche est notablement plus dilatée que la droite. Incontinence d'urine.

19. — Le malade est toujours dans le coma.

20. — Même état, râles trachéaux. — Saignée. Sinapismes. — La douleur occasionnée par les sinapismes détermine quelques mouvements qui cessent bientôt. Vésicatoire sur toute la nuque.

21. — Le malade meurt vers neuf heures.

Autopsie. — Ecchymose occupant une partie de la fosse temporale gauche. Les *méninges* sont recouvertes d'une nappe de sang qu'un filet d'eau fait disparaître. — *Cerveau.* Pas d'hémorrhagie cérébrale. A la coupe, la substance grise est congestionnée ; elle paraît plus foncée que d'habitude. La substance blanche est criblée de petits points rouges très apparents. Pas de fracture du crâne ou de l'orbite. — Pneumonie du *poumon* droit (hépatisation rouge). — Pas de signe de contusion des autres organes.

Obs. DLVI. — *Chute de 3 mètres sur la tête. Commotion cérébrale légère. Guérison.* — Lafon (Victor), dix-huit ans, typographe, entre le 30 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 48. Ce matin, étant un peu ivre, il tombe d'une hauteur de 3 mètres environ sur la tête. Il perd connaissance et est transporté immédiatement à l'hôpital.

A la visite du soir. — Nous le trouvons comme hébété, ne se rendant pas bien compte de son état et ne nous donnant que des détails très vagues sur la cause de sa chute. Il a en outre une plaie légère de la paume de la main droite.

31 *juillet.* — Céphalalgie vive au niveau de l'occiput. Douleur au-dessous des yeux, difficulté et même impossibilité de fixer longtemps un objet. État saburral très prononcé; inappétence absolue; vertiges quand le malade veut s'asseoir. Dans la soirée, vomissements bilieux très abondants.

1er *août.* — L'état saburral est toujours le même. Les vomissements bilieux continuent. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

2. — Amélioration légère. La douleur occipitale est moindre, la douleur frontale persiste encore, mais est moins accusée. Les nausées sont moins fréquentes, et les vomissements bilieux moins abondants.

3. — L'état saburral existe toujours. — Même purgatif.

4. — Beaucoup de mieux. La céphalalgie a à peu près disparu. L'état gastrique ne persiste plus. Le malade se lève un peu.

5. — Le mieux continue. La plaie de la main, qui a été pansée au vin aromatique, est en partie cicatrisée.

6. — Le malade commence à manger. Bain.

9. — Il est absolument guéri. Exeat.

Obs. DLVII. — *Commotion cérébrale. Guérison.* — Favano (Ferdinand), vingt-huit ans, journalier, entre le 25 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 74. Ce matin à quatre heures, en travaillant près d'une machine à vapeur, cet homme a été pris par un volant et précipité contre un mur, la tête en avant ; perte de connaissance.

A la visite. — Nous ne constatons pas d'écoulement par les oreilles, mais un peu d'épistaxis du côté gauche ; hébétude complète. Nous n'obtenons aucune réponse aux questions que nous adressons. Les pupilles sont largement dilatées et se montrent peu sensibles à la lumière. La face est rouge et vultueuse. — Six sangsues par applications successives, et 15 centigrammes d'extrait thébaïque pour la nuit. La première sangsue est posée à dix heures et la dernière à midi. Immédiatement un mieux sensible se déclare.

26 *mai.* — Rien de nouveau. L'hébétude a un peu disparu. Le malade mangerait volontiers ; on le maintient néanmoins à la diète. = P 70. T = 37°,2.

28. — Le malade se sent beaucoup mieux et répond avec la plus grande lucidité aux questions. Température et pouls normaux. Alimentation légère.

2 *juin.* — Il sort complètement guéri.

Obs. DLVIII. — *Chute du quatrième étage. Commotion cérébrale remarquable par sa longue durée. Guérison.* — Staar (Jean), vingt-huit ans,

démolisseur, entre le 4 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 78. Bonne santé antérieure : troubles psychiques depuis quelque temps ; chute en travaillant de la hauteur du quatrième étage.

A son entrée. — Plaie linéaire de 5 centimètres à la partie supérieure gauche du frontal. Pas d'otorrhagie ni d'épistaxis, seule la plaie du front a donné lieu à une hémorrhagie assez abondante, mais qui s'est bien vite arrêtée par les moyens hémostatiques habituels. Coma le plus complet : stertor, pouls petit. Pas de paralysie des membres cependant ; la face présente une déviation manifeste : les yeux sont fermés, les pupilles dilatées. Rien du côté de la vessie. — Pansement phéniqué sur la plaie. P. 60. T. M. 38°. S. 38°,4.

6. — Même position ; coma absolu, d'où on ne peut tirer le malade. P. 52. T. M. 37°,1. S. 38°,4.

Pendant les journées des 7, 8 et 9 octobre, le pouls ne présente aucune modification ; chaque jour il bat régulièrement *cinquante-deux pulsations.* Quant à la température, elle est de 37° le matin et de 38 à 38°,4 le soir. On est parvenu à faire prendre au malade du lait et du bouillon. Le coma est toujours le même ; les nuits sont quelque peu agitées, voilà tout. — Purgatif salin. Application de glace sur la tête.

Le malade supporte difficilement la glace qui l'importune, et cherche à s'en débarrasser avec les mains, aussi est-on obligé de les lui attacher.

12 *octobre.* — Le malade est toujours dans un état subcomateux, cependant il répond lentement aux questions qui lui sont faites, à la condition qu'elles le soient en l'agitant un peu ; il se plaint toujours de la tête. Il urine bien, un peu de constipation. T. 37°. P. 60°. Il boit volontiers du bouillon et du lait.

20. — Le mal de tête persistant, on fait raser le malade et on lui applique sur la tête un large vésicatoire.

21. — L'amélioration de la céphalalgie n'est pas obtenue, le malade se plaint toujours. — Purgatif.

Les jours suivants, amélioration notable ; l'appétit est revenu. Le malade répond d'une façon nette aux questions, et commence à se lever. Toutefois les facultés cérébrales sont encore mal équilibrées.

1er *novembre.* — La plaie du front est cicatrisée depuis longtemps ; état psychique meilleur. — Exeat, avec ordre à la famille de le ramener si le moindre phénomène cérébral se produisait. — Il n'a pas été revu.

Obs. DLIX. — *Commotion cérébrale. Plaie de tête. Fracture de l'épitrochlée. Guérison.* — Verdier (Mélanie), vingt-deux ans, domestique, entre le 20 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 41. Chute cette nuit dans un escalier ; a descendu un étage en roulant sur elle-même.

État ce matin. — Plaie du cuir chevelu longue de 15 centimètres, s'étendant du front sur lequel elle déborde de 3 à 4 centimètres, jusqu'au sommet de la tête. Les bords de la plaie sont assez nets, mais il existe un décollement de quelques millimètres de chaque côté. Le coude droit très douloureux, et surtout très gonflé, d'où examen complet impossible. De plus, il existe un certain degré d'excitation cérébrale. La malade est très loquace; elle accuse en même temps une migraine violente, la lumière la fatigue. — Pas de saignée locale; la plaie ayant laissé couler une certaine quantité de sang, et la malade n'étant pas d'une bien forte constitution. Les bords de la plaie sont lavés et rapprochés à l'aide de sutures métalliques. Pansement compressif. Compresses résolutives sur le coude.

Le soir. — T. 38° : langue saburrale. — Le malade prendra un purgatif salin demain matin.

22 *février.* — Les symptômes de commotion cérébrale sont dissipés en partie.

23. — La malade va très bien. On enlève les points de suture : réunion par première intention.

25. — Le coude est dégonflé ; il a conservé tous ses mouvements, mais ils sont douloureux. Les trois saillies de l'olécrâne, de l'épicondyle et de l'épitrochlée sont à leur position normale. On détermine en appuyant sur l'épitrochlée une légère crépitation, avec douleur vive. — Le bras est mis en écharpe, et la malade envoyée au Vésinet le 4 mars.

Obs. DLX. — *Névralgie sous-orbitaire chez un cérébral. Ignipuncture. Guérison.* — Lemarié (Prosper), vingt-quatre ans, voiturier, entre le 24 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 6 *bis*. Père aliéné, frère épileptique. Se croit atteint d'un cancer de la joue droite dont il souffre horriblement, dit-il, et qu'il frotte incessamment pour atténuer la douleur.

On ne constate cependant qu'un peu de rougeur en ce point, et peut-être une légère induration, mais en somme rien qui ressemble à une manifestation cancéreuse. — Traitement psychique par les scarifications : nul résultat. Douze jours après, nouvelle scarification : l'état psychique reste le même. Enfin, on lui fait une application de quelques pointes de feu : soulagement dès le lendemain, et après une seconde application faite treize jours plus tard, la guérison est complète; la gaieté a reparu et le facies, fort amaigri avant, a repris de l'embonpoint.

Il s'agissait sans doute d'une névralgie sous-orbitaire.

Obs. DLXI. — *Petite plaie à la tête. Tétanos. Mort. Autopsie.* — Baulieu, soixante-huit ans, cultivateur, entre le 17 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. Ce malade a toujours joui d'une excellente santé, pas d'alcoolisme ni de syphilis : en 1853, fièvres intermitentes.

Il porte depuis soixante ans sur la face dorsale de la main droite une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine : tumeur molle, à sensation lipomateuse, et glissant facilement sur les parties profondes. Cette tumeur est comme bilobée et sillonnée de petites veinules à sa surface; indolence absolue, aussi entre-t-il non pour elle, mais pour une contracture des mâchoires, survenue à la suite d'une chute qu'a faite le malade sur la région occipitale le 30 janvier. Cette chute a déterminé une plaie de tête guérie depuis; coma lors de cette chute, mais il n'en peut préciser la durée. En sortant de ce coma, il y a eu une contracture de tous les muscles de la mâchoire; depuis ce temps le malade est dans le même état.

A son entrée. — Trismus intense, raideur tétanique de tous les muscles de la nuque, ce qui fait que le malade peut à peine mouvoir la tête. Impossibilité presque absolue de se nourrir, grande difficulté à parler. Pas de fièvre. Aucune paralysie des membres supérieurs et inférieurs. — 4 grammes de bromure de potassium.

18 *février*. — Le malade est incapable de prendre aucun aliment, ni solide ni liquide. L'opistothonos est encore exagéré. — Lavement avec 8 grammes de chloral : bromure de potassium 4 grammes.

19. — Aucune amélioration dans les symptômes tétaniques; le trismus est toujours aussi complet que possible; la respiration paraît difficile. Pouls normal. Le malade ne peut pas émettre un son intelligible. Tous les jours le thermomètre ne dépasse pas 37°,8. — Lavement avec 10 grammes de chloral; 6 grammes de bromure en potion.

La respiration devient plus pénible dans la soirée, et dans la nuit le malade succombe.

Autopsie. — Aucun épanchement dans les *plèvres*. — Les *poumons* sont le siège d'une congestion notable des bases, surtout le poumon gauche. — *Foie.* — Consistance normale. A la coupe, aspect graisseux. Pas de dégénérescence amyloïde. — *Cerveau.* — Les méninges se détachent facilement, pas d'épaisseur anormale. — *Bulbe.* — Intact. — *Moelle.* — Présente sur toute sa région dorsale un ramollissement blanc des plus notables : la moelle cervicale et la moelle lombaire ne sont nullement ramollies. — *Cœur.* — Très hypertrophié.

Obs. DLXII. — *Chute sur les pieds d'une hauteur de 1 mètre. Commotion médullaire.* — Chrétien, cinquante-trois ans, charretier, entre le 4 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. Toujours bien portant; aucune manifestation diathésique appréciable. Entre à l'hôpital pour les suites d'une chute produite de la manière suivante : le 2 janvier cet homme se tenait debout dans un tombereau qu'il conduisait : voulant se porter à l'arrière de sa voiture, il fit un faux pas et tomba directement de sa voiture sur le sol *dans la position verticale*, la chute fut d'un mètre environ de hauteur : chute immé-

diate consécutive sur le sol, il put cependant se relever pour remonter dans sa voiture. Rentré chez lui, il prit le lit, et le lendemain impossible de marcher. Il ressentit alors une sensation de froid et d'engourdissement dans les deux membres inférieurs. La région dorsale et la base de la colonne vertébrale étaient également le siège d'une pesanteur marquée, pesanteur qui a disparu depuis. Pas d'étourdissement, pas de céphalalgie, pas d'épistaxis, aucun mouvement fébrile, mais rétention complète d'urine et une seule selle.

Actuellement. — Le malade ne se plaint que des jambes dans lesquelles il ressent des élancements douloureux. L'examen de la colonne vertébrale est négatif. La sensibilité est intacte aux membres inférieurs ; un peu de lenteur des réflexes. — Cathétérisme ; issue d'une grande quantité d'urine.

5 *janvier.* — Ventouses scarifiées sur la colonne lombaire.

6. — Soulagement ; aucune modification appréciable du côté des jambes.

7. — Le malade ne peut toujours pas faire usage des membres inférieurs et les réflexes restent abolis.

11. — Il sent un peu plus de force sur les jambes, mais il ne peut pas toujours marcher. Exeat sur sa demande.

Obs. DLXIII. — *Névralgies des branches nerveuses temporales superficielles et sous-orbitaires. Résection et arrachement des nerfs douloureux.* — Chambre (Marie), soixante-deux ans, entre le 16 janvier 1882, n° 33, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. A l'âge de dix-sept ans elle eut des fièvres intermittentes pendant six mois. En 1870 sciatique. Il y a deux ans, elle commença à éprouver dans la région temporale droite des accès de douleurs névralgiques qui, d'abord assez éloignés les uns des autres, se sont rapprochés de plus en plus, malgré l'emploi du sulfate de quinine, de l'iodure de potassium et tous les médicaments antinévralgiques. La vie est devenue insupportable à la malade, qui réclame une intervention.

État actuel. — Les accès névralgiques se reproduisent trois, quatre et cinq fois par jour. Les douleurs suivent le trajet des branches nerveuses temporales superficielles et s'irradient à toute la région temporale. Elles sont tellement violentes qu'elles contraignent la malade à pousser des cris. A 1 centimètre au devant du tragus existe un point douloureux persistant. Il suffit de presser sur ce point pour réveiller les douleurs. Outre les phénomènes névralgiques, l'accès se caractérise par une contraction des muscles superficiels innervés par les branches supérieures du facial et particulièrement de l'orbiculaire des paupières, par du larmoiement et des troubles vaso-moteurs (dilatation et battements exagérés de l'artère temporale superficielle). L'accès dure de quelques secondes à quelques mi-

nutes. Dans l'intervalle des crises tout rentre dans l'ordre, les douleurs cessent, les muscles récupèrent leurs fonctions, le larmoiement s'arrête, l'artère temporale reprend son calibre, ses battements deviennent à peine perceptibles. On peut constater alors que la sensibilité tactile des régions temporale et frontale droites est diminuée.

Nous tenons quelques jours la malade en observation et nous constatons que les troubles tendent encore à s'accentuer. Dans les derniers temps, au moment des accès, les douleurs s'irradient dans les branches du plexus sous-orbitraire, phénomène que la malade n'avait jamais accusé. Il n'existe aucune lésion périphérique appréciable. Pas de troubles oculaires. Rien du côté des os de la face ni des téguments. Rien n'autorise à penser à une lésion circonscrite des centres nerveux.

4 *février*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons dans la région temporale droite, suivant le trajet du nerf temporal superficiel, une incision verticale longue de 5 centimètres, dont nous saisissons les bords avec des pinces hémostatiques qui arrêtent le sang et servent en même temps de rétracteurs. Nous trouvons dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané les branches nerveuses temporales superficielles et l'artère du même nom, nous plaçons deux pinces hémostatiques sur l'artère et la faisons écarter du champ de l'opération par un aide. Ceci fait, nous taillons, dans la couche qui contient les filets nerveux, un lambeau quadrilatère de 3 centimètres de diamètre, que nous disséquons à la surface de l'aponévrose et que nous enlevons complètement avec les portions de nerf qu'il contient. Nous voyons l'extrémité d'une branche nerveuse importante, qui émerge de la parotide, nous la saisissons avec des pinces à disséquer et nous exerçons sur elle une traction suffisante pour l'arracher. Nous en extrayons ainsi une longueur de 2 centimètres et demi. Nous faisons ensuite en avant du trou sous-orbitaire une incision cruciale dont les branches ont 2 centimètres de diamètre, et nous en faisons rétracter les bords par des aides; sur l'artère sous-orbitaire ouverte nous appliquons une pince hémostatique. Nous incisons les fibres musculaires superficielles, et ayant ainsi mis à nu le plexus nerveux, nous en réséquons les filets sur une étendue de 2 centimètres. Nous agrandissons alors le trou sous-orbitaire. Nous saisissons les branches qui en émergent et nous en faisons l'arrachement. — Sutures. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

Pendant trois jours la température oscille entre 37°,6 et 38°,2. Elle devient normale ensuite; on enlève les fils les quatrième et cinquième jours et on les remplace par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention.

La malade n'a pas eu trace de névralgie depuis l'opération. — Sortie le 8 mars.

Obs. DLXIV. — *Névralgie des branches du nerf frontal. Résection. Guérison.* — Rabarot (François), cinquante-cinq ans, cuisinier, entre le 19 mai 1882, n° 72, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux, ou syphilitiques. Alcoolique exposé, par sa profession, aux vapeurs d'oxyde de carbone. En 1875, chute dans laquelle il se fit diverses contusions et une fracture de la rotule. La face et particulièrement la région frontale n'ont pas porté. Néanmoins depuis cette époque il est atteint de névralgie faciale droite avec foyer continu dans le domaine des branches du frontal. Névralgie sciatique intermittente. Depuis un an la névralgie frontale s'est accentuée, les crises sont devenues plus fréquentes et plus longues. Le malade a perdu le sommeil et nul traitement n'a réussi à entraver le mal : la morphine, le salicylate de soude, l'iodure de potassium, le sulfate de quinine, les vésicatoires ont été employés en vain.

État actuel. — Tic douloureux de la face ; les muscles du côté droit sont contracturés, la moitié droite de la face est rétractée, grimaçante et le facies pourrait faire croire à une paralysie faciale gauche, si les muscles de ce côté n'avaient conservé leur contractilité. Douleurs continues sur le trajet des nerfs frontal externe et frontal interne : crises douloureuses revenant plusieurs fois par jour ; irradiation en éclair dans tout le domaine d'innervation du trijumeau avec points sus-orbitaire, sous-orbitaire, naso-palatin et mentonnier. Le malade pousse des cris et se tord sur son lit, ou marche comme un fou pendant les accès qui durent de quelques minutes à trois quarts d'heure. La pression du front diminue légèrement l'intensité des douleurs. Pas de zones anesthésiques. Rien du côté des parties molles ou des os. Viscères thoraciques et abdominaux sains. Anémie. Émaciation.

24 *juin.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous faisons au niveau du trou sous-orbitaire une incision cruciale dont les branches ont 1 centimètre. Après avoir sectionné la peau, le tissu cellulaire souscutané et quelques fibres musculaires, nous découvrons le nerf sous-orbitaire et l'artère qui l'accompagne. Nous soulevons ce nerf sur une sonde cannelée et, le saisissant avec des pinces, nous l'arrachons en exerçant la traction du côté du trou sous-orbitaire. Nous en extrayons de cette façon une portion qui mesure 4 centimètres de longueur. Nous arrachons de même les branches terminales et nous plaçons une pince hémostatique sur l'artère. — Suture. Pansement à l'eau oxygénée.

Pas de réaction fébrile : pas d'accidents consécutifs.

On enlève les fils le quatrième jour. Réunion par première intention. Suppuration nulle. Les douleurs ont complètement disparu.

Sortie le 16 juillet.

Obs. DLXV. — *Chute d'un troisième étage sur la tête. Paralysie faciale gauche et surdité du même côté survenues sept jours après l'accident. Guérison.* — Buissot (Arthur), vingt-huit ans, mécanicien, entre le 21 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. Hier soir, vers cinq heures, chute d'un troisième étage (17 à 18 mètres de hauteur) : il perd connaissance, est transporté de suite à l'hôpital et se réveille dans le courant de la nuit.

État ce matin. — Pas d'ecchymose, pas d'écoulement par le nez ou l'oreille, pas de douleur localisée dans la tête. Le pavillon de l'oreille droite est fendu transversalement au-dessus du lobule : pas de céphalalgie. Difficulté considérable à mouvoir les jambes. Pas de diminution de la sensibilité des membres inférieurs. Douleur au niveau de la région lombaire. — Six ventouses scarifiées dans la région douloureuse.

23 *mai.* — Même difficulté à mouvoir les jambes. Bains sulfureux.

25. — Un peu d'amélioration du côté des membres inférieurs.

27. — Le malade a remarqué qu'il était maladroit pour mâcher et qu'il se mord souvent la joue : bouche déviée, impossibilité de fermer l'œil gauche, aspect étrange de la physionomie, en un mot tous les signes de la paralysie faciale gauche. Surdité correspondante.

29. — La paralysie a considérablement augmenté. Surdité presque absolue du côté gauche. La paralysie augmente jusqu'au 9 juin. A partir de cette époque elle diminue progressivement, en même temps que la surdité.

17 *juin.* — Tout est à peu près complètement disparu. Va à Vincennes.

Obs. DLXVI. — *Tiraillement du plexus brachial gauche. Électrisation. Guérison.* — Chambon (Alexandrine), quarante et un ans, blanchisseuse, entre le 11 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. La malade a eu seize enfants. Elle a toujours eu une excellente santé. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, sa main gauche est prise entre les rayons d'une roue de voiture qu'on arrête immédiatement, mais qui n'en fait pas moins un demi-tour. Le bras est violemment tiré et la malade éprouve une vive douleur dans le cou du côté gauche. A partir de ce moment, difficulté à mouvoir la main, et douleurs du cou, vives au point d'empêcher le sommeil pendant plusieurs jours.

État actuel. — La malade tient sa tête fixe et immobile, regardant à droite. Elle ne peut remuer son cou, lequel, du côté gauche, est douloureux à la pression ainsi que l'épaule et les régions pectorale et scapulaire. Anesthésie à la sensibilité et au chaud irrégulièrement distribuée dans le bras et l'avant-bras gauche. Diminution considérable des forces de ce côté. La malade ne peut élever le bras horizon-

talement ou le porter à la tête. Elle ne peut ni étendre les doigts, ni les fermer complètement. Congestion de la main et de l'avant-bras. Engourdissement.

17 *octobre*. — Première séance d'électricité (courants interrompus). La malade sent très bien l'électricité. Tous ses muscles se contractent bien. Le soir elle éprouve une amélioration notable; elle se sert mieux de sa main; elle peut dormir la nuit. La douleur est beaucoup moindre.

20. — On continue l'électricité. L'amélioration augmente rapidement. Des ganglions douloureux se montrent du côté droit en arrière du sterno-cleido-mastoïdien.

21. — Les ganglions sont plus douloureux encore.

23. — Amélioration considérable. Les mouvements sont plus faciles. La force revient en même temps que la sensibilité.

24. — La malade demande à sortir; elle peut reprendre ses occupations habituelles.

Obs. DLXVII. — *Plaie du nerf médian. Troubles trophiques.* — Schmitt, vingt-quatre ans, grainetier, entre le 20 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 25. (Pièce moulée et déposée au n° 502 de notre collection du musée Saint-Louis). En décembre 1880 chute avec une bouteille qui se casse et dont un des têts lui fit une plaie à l'avant-bras. Il dit qu'immédiatement après la production de cette plaie, il ne sentit plus ses doigts médius, index et pouce. La plaie fut pansée avec de l'eau-de-vie camphrée, et un mois après elle était cicatrisée. Le malade, ayant alors essayé de travailler, ne put se servir de sa main.

État actuel. — Il se plaint d'avoir perdu la sensibilité de ses doigts à la face palmaire et de ne pouvoir les fermer qu'à demi. A 6 centimètres au-dessus du pli de flexion du poignet sur la face palmaire de l'avant-bras, on voit une cicatrice de 2 centimètres, oblique en bas et en dehors, arrivant par son extrémité externe jusqu'à la ligne médiane du poignet. Cette cicatrice adhère aux parties profondes et s'élève lorsque les muscles fléchisseurs se contractent. A 1 centimètre au-dessus du poignet existe une petite tumeur du volume d'un gros pois, et qui ressemble à un kyste synovial.

État de la sensibilité : elle est conservée à la région de l'éminence thénar, à la face dorsale du pouce, à la face dorsale de la première phalange de l'index et du médius : elle est abolie dans la moitié externe du creux de la main. A la face palmaire du pouce, aux deuxième et troisième phalanges des doigts index et annulaire.

État de la motilité : la flexion du pouce est impossible, son adduction se fait. L'index et le médius ont des mouvements de latéralité et de flexion, mais le malade ne peut fléchir les deux dernières phalanges de ces doigts, la première restant dans l'extension.

Troubles trophiques : l'éminence thénar dans son ensemble est atrophiée. En divers points de la pulpe des doigts, des lésions présentant les caractères de pemphigus à petites bulles se sont formées. A la face palmaire de la phalangette du pouce, il s'est formé le 23 février une ampoule d'un demi-centimètre de diamètre, elle contenait un liquide séreux qui s'est écoulé après la piqûre de l'épiderme. Quatre jours après il ne restait plus qu'un épiderme dur, sec et épais. Il se forma des phlyctènes tout à fait analogues, mais de dimensions un peu plus grandes à la face palmaire de la deuxième phalange de l'index, et à la face externe de la phalangette du même doigt.

A la pulpe du doigt médius existent trois petites exulcérations, résultant de phlyctènes semblables, qui, au dire du malade, se seraient montrées dès le cinquième jour après la blessure. Dans toute l'étendue de la pulpe du médius l'épiderme est épais, dur, sec, desquamé. Les ongles de l'index, du médius et du pouce présentent vers leur partie moyenne un sillon transversal qui indique un trouble dans leur nutrition.

Le malade sort le 25 mars dans le même état.

Obs. DLXVIII. — *Plaie du nerf médian. Troubles trophiques.* — Forigat (Firmin), vingt et un ans, corroyeur, entre le 26 novembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 16. Le 6 janvier 1880, il est tombé sur un têt de bouteille, et s'est fait à la face antérieure de l'avant-bras droit une plaie de 4 centimètres de long au moins ; cette plaie était très profonde et saigna beaucoup. Il fut transporté à l'hôpital. Le morceau de verre était resté dans la plaie, on le retira et on pansa la plaie. La cicatrisation demanda cinq semaines. Dès le moment de l'accident le malade a senti le médius et l'index « comme morts ».

La plaie étant guérie, il s'est mis à travailler, mais en février il a vu se former sur l'extrémité de l'index des bulles qui se sont crevées et cela à diverses reprises, il y en a eu aussi au doigt médius. Le pouce en aurait été exempt. Le malade ne souffrait pas.

Dans le courant de l'année, l'ongle de l'index est devenu malade, est tombé, puis s'est reproduit, trois fois successivement. La deuxième phalange était gonflée, et un jour la peau s'ouvrit pour laisser échapper un liquide séreux et un peu de pus. Par l'ouverture cutanée on apercevait l'os, et la phalangette a été extraite au mois de juillet. A pu recommencer à travailler : c'est alors que se sont formées, à l'extrémité de l'annulaire, des bulles analogues à celles qui avaient siégé sur les autres doigts.

État actuel. — Les mouvements des doigts sont conservés, excepté la flexion extrême du pouce dans la paume de la main. L'éminence thénar est atrophiée. La sensibilité du pouce est conservée. La sensi-

bilité des deux dernières phalanges de l'index et du médius à la face palmaire et à la face dorsale est abolie. La première phalange des mêmes doigts a conservé sa sensibilité. La pression de la partie externe de la paume de la main donne au malade une sensation de secousse électrique dans les doigts. Le chatouillement de la même région est douloureux. L'extrémité des doigts index et médius est gonflée en massue. Sous l'ongle existe une masse cornée, dure, irrégulière, de nature évidemment épidermique, plus épaisse et plus dure à l'index. L'ongle de ce doigt est réduit à une petite corne épaisse recourbée vers la face palmaire et ratatinée. L'ongle du médius a conservé son aspect général, mais il présente deux sillons transversaux indiquant des troubles dans son développement.

Pendant son séjour à l'hôpital le malade a souffert de la dernière phalange du médius : la pulpe de ce doigt était légèrement gonflée et douloureuse à la pression. — Sort quelque temps après dans le même état.

§ II

ORGANES DES SENS.

Quarante-quatre observations se rapportent aux maladies des organes des sens ou de leurs annexes : elles se répartissent de la façon suivante :

Vision....	Orbite................................	2
	Paupières et sourcils....................	6
	Voies lacrymales.......................	2
	Conjonctive..........................	2
Audition..	Oreille externe et région mastoïdienne...	3
	Oreille moyenne,.......................	15
Olfaction..	Nez................................	3
	Fosses nasales.........................	4
Gustation .	Langue..............................	7
	Total.....................	44

I. — *Appareil de la vision.*

L'observation DLXX, sarcome des parties molles de l'orbite ayant provoqué l'exophthalmie, et dans laquelle nous avons fait l'énucléation du globe de l'œil, est des plus inté-

ressantes. Le diagnostic offrait de véritables difficultés. Nous nous trouvions en effet en présence d'une tumeur développée chez une femme de soixante-dix ans et dont le début remontait à trois ans. Le symptôme dominant était une exophthalmie considérable démontrant qu'une masse morbide s'était développée au fond de l'orbite et en avait progressivement chassé le globe de l'œil. Tous les autres symptômes étaient négatifs, si l'on excepte cette particularité importante qu'en écartant les paupières, on voyait au côté externe de l'orbite une portion de tumeur sous-conjonctivale du volume d'une amande dont la consistance et tous les autres caractères étaient ceux du lipome. Ces données suffisaient pour établir l'existence d'une tumeur solide intra-orbitaire, mais ne nous donnaient aucun renseignement sur l'origine, la nature et l'étendue du néoplasme. En effet, il nous était facile de reconnaître que la masse graisseuse que nous observions au côté externe était non pas un prolongement de la tumeur, mais bien le tissu cellulo-adipeux de l'orbite refoulé en avant, ainsi que le globe de l'œil. L'examen approfondi des fosses nasales, des sinus frontal et maxillaire, nous démontrait qu'il n'existait dans ces régions aucun tissu de nouvelle formation. L'intégrité des fonctions cérébrales, le bon aspect du globe oculaire, nous autorisaient à supposer que ni le cerveau ni l'œil n'étaient le point de départ de la tumeur.

Nous arrivions donc, au point de vue du siège et de l'étendue, à cette première conclusion que la tumeur était née aux dépens des parties molles de l'orbite et qu'elle était encore localisée dans cette cavité, premier point important en ce qu'il nous encourageait à intervenir avec quelques chances de succès.

Quant à la nature du néoplasme, nous en étions réduit aux probabilités. L'âge avancé de la malade, la rapidité relative de l'évolution du mal (trois ans), l'existence de douleurs lancinantes, nous portaient à penser à une tumeur de mauvaise nature. Mais, quant à savoir s'il s'agissait d'une variété de sarcome ou de carcinome, l'examen seul de la pièce anatomique pouvait nous éclairer. Comme d'ailleurs, ainsi que

nous l'avons dit, l'opération nous paraissait pouvoir être entreprise avec des chances de succès, comme d'autre part la malade souffrait atrocement, nous n'hésitâmes pas à faire à la fois l'ablation du globe de l'œil et celle de la tumeur. C'est alors seulement que nous pûmes nous convaincre qu'il s'agissait d'un myxo-sarcome. L'événement d'ailleurs justifia pleinement le pronostic que nous avions formulé à propos de l'opération, car la malade sortit complètement guérie, moins d'un mois après notre intervention.

Les tumeurs de l'orbite ne sont pas fréquentes, et sur les nombreuses observations publiées dans nos autres volumes, nous n'en trouvons qu'une autre analogue à celle-ci : c'est l'observation CCCXIX du tome I (p. 399). Le cas nous avait paru suffisamment curieux pour mériter d'être moulé. (Voy. notre collection du musée Saint-Louis.)

Là comme ici, il y avait du chémosis et de l'œdème sous-conjonctival, dus à la compression des veines orbitaires. L'intervention chez notre autre malade fut suivie de mort par encéphalite suppurée : ici, par contre, la guérison s'est faite sans incidents.

L'observation DLXXI a trait à un épithélioma des paupières récidivé et ayant envahi les parties molles de l'orbite. Quand nous vîmes le malade, le diagnostic s'imposait. La seule question importante pour nous était donc de savoir si l'opération pouvait encore être faite assez largement pour prolonger la vie du malade et lui éviter l'éventualité d'une nouvelle récidive. Bien que la tumeur masquât complètement le globe de l'œil et empêchât de se rendre compte de son état ; bien que, suivant toute probabilité, les parties molles et le périoste même de l'orbite fussent envahis, nous n'hésitâmes pas à entreprendre l'opération en nous basant sur les considérations suivantes : d'une part, nous avions affaire à cette variété d'épithélioma qui semble dériver de l'acné sébacé, qui reste longtemps stationnaire (le début remontait à dix ans) et qui a plus de tendance à se propager en surface qu'en profondeur; d'autre part, les fonctions cérébrales avaient conservé leur intégrité ; enfin, les ganglions de la

région n'étaient pas envahis. Ici encore, l'événement nous donna raison et l'opération, faite largement, procura la guérison en moins d'un mois.

Nos deux observations de kystes congénitaux de la queue du sourcil n'ont rien présenté de spécial et l'opération n'a été suivie d'aucun des accidents possibles : phlegmon de l'orbite, méningo-encéphalite, etc. Nous recommandons beaucoup, dans cette opération, de ne pas ouvrir la loge orbitaire et cependant il faut ruginer minutieusement le périoste au point d'implantation sous peine de récidive.

L'observation DLXXV est celle d'une petite fille de cinq mois, portant au voisinage de l'extrémité interne du sourcil gauche un angiome fibreux, dont le début fut constaté seulement deux mois après la naissance. La variété d'angiome développée au niveau des fentes branchiales du fœtus et dénommée *angiome fissural* n'est pas exceptionnelle. Toutefois on l'observe de préférence au niveau des commissures labiales. Son siège au voisinage de la queue du sourcil est beaucoup moins fréquent, et lorsque la tumeur ne présente pas les caractères pathognomoniques des tumeurs vasculaires : coloration violacée ou vineuse, mouvements d'expansion et d'affaissement, battements isochrones à ceux du pouls, réductibilité plus ou moins complète, le diagnostic demande une certaine discussion. Or, ces signes physiques étaient assez peu nets dans notre cas pour justifier de notre part une certaine hésitation. Les tumeurs qu'on observe le plus souvent dans la région sont des kystes, la hernie des méninges et du cerveau (méningocèle et méningo-encéphalocèle), et des kystes dermoïdes, ces derniers se développant plus ordinairement à la queue du sourcil. Nous y avons aussi rencontré des kystes sous-périostiques à prolongement orbitaire et des kystes hydatiques, mais ces derniers sont tellement rares qu'il n'y a lieu de les admettre que par exclusion.

La hernie des méninges par une fente osseuse située entre les os propres du nez et l'ethmoïde est ordinairement réductible. On sent assez facilement les bords osseux de la solution de continuité qui lui livre passage, et lorsque l'enfant crie ou

fait effort, la tumeur augmente de volume et devient plus consistante. Lorsqu'un prolongement de la substance cérébrale est en même temps hernié, la compression de la tumeur donne lieu à des phénomènes nerveux tels que somnolence et coma. Rien dans le cas actuel ne rappelait ces phénomènes et ne nous autorisait, par conséquent, à penser à l'une ou à l'autre variété de tumeur.

Les kystes dermoïdes à contenu sébacé, huileux, épithélial ou pileux, siègent, nous l'avons dit, plus ordinairement à la queue du sourcil. Toutefois nous en avons observé plusieurs au point où se développait notre tumeur et nous aurions eu quelque raison d'y songer en raison de la consistance et de l'irréductibilité. Ce qui nous fit écarter cette idée, fut la présence d'un réseau capillaire cutané assez développé, réseau qu'on ne rencontre pas habituellement à la surface des kystes fœtaux.

Les kystes en bissac, composés d'un prolongement superficiel sous-cutané, et d'une poche principale intra-orbitaire sous-périostique, se développent quelquefois dans la région et nous en avons rencontré plusieurs cas dans notre pratique. Mais un caractère qui les distingue et qui faisait défaut chez notre malade est la transmission de la fluctuation d'une poche à l'autre et la réductibilité du prolongement sous-cutané dans le sac sous-périostique. Les raisons que nous venons d'indiquer nous amenaient à penser aux angiomes fissuraux et, malgré l'absence de mouvements d'expansion et d'affaissement et de réductibilité, nous étions confirmé dans cette idée par la présence du réseau capillaire cutané.

Toutefois un caractère dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici et qui était propre à nous induire en erreur était la teinte bleuâtre de la tumeur qui simulait à s'y méprendre la transparence ; aussi pour compléter notre diagnostic n'hésitâmes-nous pas à faire une ponction exploratrice avec le trocart capillaire. L'issue du sang pur nous ayant complètement édifié, nous enlevâmes la tumeur par voie de dissection.

La structure fibreuse, le peu de développement des cavernes vasculaires, la présence d'une loge kystique au centre de la tu-

meur, nous rendirent compte des anomalies symptomatiques que nous avions constatées. La prédominance du tissu fibreux explique en effet la consistance de la tumeur, et le défaut de dilatabilité et de retrait. Quant à la loge kystique centrale interposée aux vaisseaux profonds et superficiels, elle jouait le rôle du sac anévrysmal qui transforme le jet intermittent en jet continu et s'oppose ainsi à la transmission des pulsations au-dessous d'elle, c'est-à-dire dans les vaisseaux périphériques.

L'observation DLXXX a trait à une ophthalmie blennorrhagique double. Nous n'avons pas hésité à la traiter énergiquement par les cautérisations au nitrate d'argent et nous avons obtenu un succès complet.

Obs. DLXIX. — *Phlegmon de l'orbite. Résolution.* — Gourdin (Désiré), quinze ans et demi, journalier, entre le 26 janvier 1881, au nº 73 *bis*, de la salle Saint-Augustin. Aucun antécédent. Il y a cinq ou six jours, sans cause connue (peut-être le froid), frissons et violent mal de tête. Le lendemain douleurs lancinantes dans l'œil gauche, puis dans l'œil droit; enfin la douleur se localise et empêche le sommeil. Le surlendemain ces symptômes continuent et s'augmentent d'œdème des paupières à droite, sans lésion de la vision ni douleurs dans le globe oculaire. Avec l'apparition de l'œdème les douleurs de tête diminuent. L'appétit est presque perdu, il y a de la fièvre le soir, le gonflement des paupières augmente, le malade voit double et se décide alors à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Les paupières, à droite, sont très œdémateuses, d'un rouge peu intense et recouvrent l'œil. En les écartant on ne trouve pas de chémosis, les conjonctives ne sont que légèrement injectées. Le globe oculaire est manifestement repoussé en avant, plus saillant que le sain, il est aussi un peu plus dur au toucher, et un peu moins mobile dans tous les sens, d'où la diplopie. La pupille se dilate et se contracte normalement, l'acuité visuelle semble normale. A la pression on provoque une douleur profonde, semblable dans tous les points de l'orbite, et s'irradiant dans toute la tête. L'examen ophthalmoscopique ne révèle rien. Le pouls est à 96, la température à 38°,2. — Quatre sangsues à la tempe. Cataplasmes.

Nuit assez bonne, détente. L'œdème et la douleur ont diminué. — Cataplasmes, repos au lit.

Le mieux continue le surlendemain.

Le 30 le malade prend deux verres d'eau de sedlitz qui font cesser une constipation de quatre jours; et il sort guéri le 1er février.

Obs. DLXX. — *Sarcome des parties molles de l'orbite. Exophthalmie. Énucléation de l'œil. Ablation de la tumeur.* (Pièce moulée et déposée dans notre collection.) — Rolline (Caroline), soixante-dix ans, entre le 25 novembre 1882, n° 44, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans, sans causes connues, elle commença à éprouver dans l'orbite gauche des douleurs lancinantes. Peu à peu le globe oculaire fut projeté en avant et l'exophthalmie s'est accentuée. Dans les derniers temps ce phénomène a marché rapidement.

Etat actuel. — L'œil gauche est porté en avant et en bas au point que son équateur répond au rebord orbitaire. L'exophthalmie a déterminé le renversement de la paupière inférieure en bas et en dehors, de sorte que de ce côté il existe de l'ectropion. La paupière supérieure a conservé sa mobilité, et peut seule recouvrir en partie le globe oculaire. Les téguments des deux paupières sont sains, la conjonctive palpébrale et oculaire est congestionnée, œdématiée : il existe un certain degré de chémosis, les capillaires et les veinules sont en même temps dilatés. Le globe de l'œil a gardé ses mouvements. Rien du côté de la cornée, de la pupille, du cristallin et des autres milieux de l'œil. Lorsqu'on écarte les paupières on voit que le côté externe de l'orbite est déformé par une tumeur dont la portion apparente a le volume d'une amande, et qui se prolonge profondément dans la partie supérieure et externe de la cavité orbitaire. Le grand angle de l'œil, le bord supérieur de l'orbite, les 2/3 internes de son bord inférieur sont libres, le tiers interne du même bord et l'angle externe sont au contraire masqués par la tumeur. Celle-ci, cachée par la conjonctive, offre une consistance molle qui rappelle celle de certains lipomes. La vision est confuse mais non abolie. Douleurs contusives continues avec élancements intermittents. Rien du côté du cerveau ou des fosses nasales. Rien dans les ganglions parotidiens, cervicaux et sous-maxillaires. État général satisfaisant.

11 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous prolongeons la fente palpébrale en débridant transversalement la commissure externe sur une étendue de 2 centimètres et demi : ensuite au fond de la partie externe du sillon orbito-palpébral, incision qui comprend toute l'épaisseur de la conjonctive : aussitôt nous voyons faire hernie entre les lèvres de la plaie une masse de tissu adipeux qui pourrait faire croire que nous avons affaire à un lipome, mais un examen plus attentif nous montre qu'il s'agit du tissu cellulo-adipeux de l'orbite qui a été refoulé en avant et qui masque la tumeur. Nous incisons ce tissu et nous mettons à découvert la masse morbide, qui présente tous les caractères du sarcome embryonnaire. En pré-

sence d'une affection aussi maligne, nous n'hésitons pas à faire l'énucléation du globe de l'œil et à enlever largement non seulement la tumeur, mais aussi les parties molles de l'orbite, en nous aidant des pinces à disséquer, du bistouri et des ciseaux. — Tamponnement temporaire de l'orbite avec de fines éponges, puis nous suturons les lèvres de la plaie à l'aide de deux fils métalliques, de manière à restituer à la fente palpébrale ses dimensions normales.

Examen de la pièce. — La tumeur offre le volume d'un petit œuf de poule, elle est constituée par un tissu finement granuleux, de couleur rosée par places, jaunâtre et comme vitreux dans d'autres points. Il semble qu'au sarcome soit mélangée une certaine quantité de tissu myxomateux.

Pas de réaction fébrile. Pas d'antécédents consécutifs, mais les douleurs persistent.

21. — Elle se lève : mange peu, dort mal.

27. — Se plaint d'un bruit continu dans la tête, mais les douleurs ont disparu. Diarrhée légère. État local et général satisfaisants.

8 *décembre.* — Ces accidents ont cessé : cicatrisation. Exeat.

Obs. DLXXI. — *Epithélioma du grand angle de l'œil propagé aux paupières et aux parties molles de l'orbite. Ablation large de la tumeur y compris le globe de l'œil.* —Plistat (Jean-Baptiste), cinquante-six ans, jardinier, entre le 1er mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 70. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a dix ans, il remarqua au niveau de la commissure interne des paupières du côté droit un bouton verruqueux, fendillé, du volume d'un grain de riz, provoquant un prurit qui le portait à se gratter. Longtemps stationnaire, la petite tumeur a commencé à se développer, il y a cinq ans, et à envahir lentement et progressivement les deux paupières. Il y a quatre mois on fit à Reims l'ablation de la tumeur. Récidive au bout de deux mois. Depuis dix-huit mois une petite plaque épithéliale s'est développée à l'union des tiers interne et moyen du sillon orbitaire inférieur.

État actuel. — Les deux paupières droites sont réunies au devant du globe de l'œil par une tumeur aplatie, irrégulièrement circulaire, de 2 à 3 centimètres de diamètre, étendue transversalement de la commissure interne, qu'elle recouvre, à l'union des tiers externe et moyen de la fente palpébrale et verticalement du sourcil au bord adhérent de la paupière inférieure. Elle masque dans cette étendue la face cutanée des paupières et leurs bords libres, le grand angle de l'œil, le lac lacrymal et les points lacrymaux. Il est impossible de voir le globe oculaire et de se rendre compte de son état. La surface de cette tumeur est en partie couverte par des croûtes jaunâtres et humides. Dans le reste de son étendue, elle est hérissée de fongosités épithéliales, rouges, saignantes, séparées par des sillons remplis de

pus, d'ichor et de débris d'épithélium. Au toucher, la tumeur, mobile au devant de la conjonctive oculaire, est dure, de consistance lardacée; elle occupe toute l'épaisseur des paupières. Douleurs sourdes, continues, lancinantes. Vision abolie de ce côté. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

13 *mai*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous débridons la commissure externe des paupières afin d'agrandir la fente palpébrale. Nous enlevons largement les deux paupières avec des ciseaux et nous disséquons les parties malades du grand angle de l'œil de façon à ne laisser aucune trace de tissu morbide. L'œil étant à découvert, nous constatons qu'il est aplati, rétracté dans tous ses diamètres, incapable de remplir ses fonctions, la cornée est opaque, blanchâtre, la conjonctive est envahie par le tissu morbide; afin d'éviter autant que possible la récidive, nous sommes obligé d'enlever le globe oculaire et de ruginer le périoste orbitaire au voisinage des insertions des paupières. Les parties molles du fond de l'orbite sont saines. — Bonne compression avec une éponge. Pansement phéniqué.

Pendant six jours la température oscille entre 37°,6 et 38°,4. Suppuration modérée.

19. — Température normale. État satisfaisant.

25. — Douleurs péri-orbitaires. Plaie en bonne voie de cicatrisation. Se lève depuis quatre jours, mange et dort bien.

1er *juin*. — Guérison complète. Sortie.

Obs. DLXXII. — *Kyste sébacé de la queue du sourcil. Ablation. Ostéo-sarcome du cubitus gauche. Opération. Érysipèle intercurrent. Guérison.* — Véland (Hippolyte), douze ans et demi, entre le 5 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 8. Pas d'hérédité. Quelques antécédents scrofuleux. Depuis la naissance, grosseur à la queue du sourcil gauche qui s'est accrue lentement et présente actuellement le volume d'une petite noix, fluctuante, mobile, un peu attachée à la peau, sans changement de coloration, non douloureuse. D'un autre côté, à l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche, est survenue il y a trois mois une tumeur irrégulière non douloureuse. Située à la face dorsale, au-dessus du poignet; elle s'est accrue progressivement.

État actuel. — On ne peut bien délimiter à quel os appartient cette tumeur; elle est dure, plutôt cartilagineuse qu'osseuse, irrégulière, bosselée, non mobile, indolore; les tendons passent au-dessus. Pas de changement de coloration à la peau, qui est saine. Mouvements normaux. Bon état général.

9 *juillet*. — Anesthésie. Au moyen d'une incision suivant la direction du sourcil, nous énucléons le kyste sébacé. — Sutures. Drains. — Cette petite opération terminée, incision longitudinale sur la face dorsale du poignet et de l'avant-bras, de 6 centimètres. On met à nu une

tumeur bosselée, attenant par une large base au cubitus, ablation et rugination de l'os. Pansement phéniqué.

Examen de la pièce. — Elle est composée de tissu osseux aréolaire rempli de moelle très rouge, un peu fongueuse et recouverte d'une couche de cartilage un peu épaisse sous-périostique. Le tout a la grosseur de trois avelines.

11. — Douleurs vives, délire léger, inappétence complète. T. = 39°. P. = 110. Douleurs dans tout le bras, qui présente une rougeur érysipélateuse. Gonflement des paupières. — On badigeonne le bras avec un mélange d'éther et d'essence de térébenthine. Purgation.

13. — Pansement. Un peu de mieux.

14. — On enlève les sutures. Réunion au sourcil; pas de réunion au bras. L'érysipèle, toujours un peu pâle, n'a pas dépassé la moitié du bras et semble s'éteindre. T. = 38°.

16. — Mieux sensible, facies satisfaisant, pas de fièvre, l'érysipèle a disparu.

25. — L'avant-bras a augmenté de volume, il est arrondi, tendu, très douloureux à la pression. Fluctuation en un point. Incision. Drain qui sort par la plaie de l'opération. Cette incision donne issue à une notable quantité de sang noir mélangé de pus, le tout situé au-dessous de l'aponévrose.

26. — Soulagement considérable, la nuit a été meilleure de beaucoup que les deux ou trois précédentes. Moins de fièvre. Appétit.

2 *août.* — Collection purulente du dos de la main. — Drainage. — Le malade se lève.

4. — Collection purulente sous le poignet. Drainage.

20. — Il n'y a plus rien qu'une cicatrice peu apparente à la queue du sourcil. L'état général est des plus satisfaisants.

5 *septembre.* — On enlève le dernier drain du bras.

25. — Cicatrisation; le poignet est raide ainsi que les doigts. Les mouvements en sont limités, mais non douloureux.

Douches sulfureuses. Bains. Exeat.

Obs. DLXXIII. — *Kyste congénital de la queue du sourcil. Extirpation. Guérison.* — Geroges (Catherine), trente-huit ans, domestique, 11 avril 1881 (externe). Elle porte depuis la naissance une tumeur occupant la partie externe du sourcil droit; sa consistance est mollasse; elle adhère fortement à l'os de la région et tout mouvement de déplacement en masse de la tumeur est impossible; indolence absolue, mais difformité choquante; aussi l'ablation est-elle réclamée.

Incision parallèle au sourcil et passant par le milieu du kyste; l'enveloppe de la tumeur est dure, comme parcheminée, résistante; ablation de la tumeur qui est fort adhérente à la peau et à l'os, avec la spatule et le bistouri. La surface d'implantation est avivée et cautérisée; trois points de suture métallique. Pansement phéniqué.

L'examen du kyste montre que sa surface interne présente l'aspect d'un morceau de peau macérée ; il n'y a pas de poils dans sa cavité ; mais une certaine quantité de matière sébacée.

14 *avril*. — Nous enlevons les points de suture ; la réunion est aussi satisfaisante que possible. — Pansement occlusif avec des bandelettes de diachylon.

20. — Cicatrice linéaire à peine visible.

Obs. DLXXIV. — *Kyste dermoïde de la queue du sourcil. Ablation. Guérison.* — Guitton (Henri), trente et un ans, ciseleur, entre le 1er septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19 *bis*. Il a toujours remarqué qu'il portait à la queue du sourcil droit une tumeur du volume d'un pois. Cette tumeur ne le gênait aucunement et ne le fait pas encore souffrir, mais il a remarqué que depuis trois mois, sans cause connue, elle avait grossi très rapidement.

Etat actuel. — Tumeur du volume d'un haricot. Elle siège à l'extrémité externe du sourcil droit, débordant un peu la paupière et la tempe. La peau à sa surface est normale, cependant à son centre elle a une teinte un peu jaunâtre. Elle est mobile sur la tumeur, mais celle-ci semble avoir contracté des adhérences avec le périoste et l'orbiculaire des paupières. La tumeur est élastique, peu fluctuante, indolente, gêne seulement les mouvements de la paupière supérieure.

3 *septembre*. — Après avoir fait une incision parallèle au sourcil, on procède à l'énucléation de la tumeur qui adhère par de légers tractus au périoste. Avec de petites bandelettes agglutinatives, on réunit les bords de l'incision.

19. — Le malade sort complètement guéri.

Obs. DLXXV. — *Fibrome angiomateux de la tête du sourcil gauche. Ablation par le bistouri.* — Mordillat (Denise), cinq mois, est présentée à la clinique du 24 décembre 1881. Il y a trois mois ses parents ont remarqué qu'elle portait au niveau de la tête du sourcil gauche une tumeur du volume d'un gros pois, dure, indolente à la pression. Cette tumeur s'est développée progressivement mais assez rapidement.

Etat actuel. — Le sourcil gauche est déformé par une tumeur située à l'union des régions nasale, frontale et orbitaire et étendue verticalement de la bosse sourcilière au grand angle de l'œil ; transversalement du sus-orbitaire à l'épine nasale. Sa forme est hémisphérique, son volume est égal à celui de la moitié d'une châtaigne, sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau offre une teinte bleuâtre qui donne à la tumeur un aspect transparent ; elle est parcourue par un grand nombre de fins capillaires anastomosés et sinueux. Pas de mouvements d'expansion et d'affaissement appréciables, pas de battements isochrones à ceux du pouls. Au toucher la tumeur est dure, solide, de consistance fibroïde ; elle est incompressible et irréductible. Mobile sous les téguments, elle adhère

aux couches profondes, au milieu desquelles elle semble s'être creusé une loge. Lorsqu'on la comprime on ne détermine ni troubles cérébraux ni troubles visuels. Rien dans les régions voisines, rien dans les ganglions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général très satisfaisant.

24 *décembre.* — Chloroforme. A l'aide d'un trocart capillaire nous faisons une ponction exploratrice qui donne issue à de la sérosité sanguinolente. Alors incision verticale longue de 3 centimètres, et nous disséquons minutieusement la tumeur. Nous parvenons à la séparer des tissus voisins sans faire de délabrements. — Suture.

Pansement phéniqué ; pendant trois heures, compression ouatée.

Examen de la pièce. — La tumeur a la structure d'un tissu érectile avec trame fibreuse abondante et dure ; outre les cavernes formées par les anastomoses vasculaires, il existe au centre un véritable kyste du volume d'une noisette et rempli de sérosité sanguinolente.

L'examen histologique montre que c'est un cysto-fibrome angiomateux.

Suites de l'opération des plus simples ; le médecin de la famille nous apprit que la réunion avait été obtenue par première intention et qu'il n'était survenu aucun accident.

Obs. DLXXVI. — *Hématome sous-cutané au niveau du grand angle de l'œil droit. Incision.* — Gérard (Albert), vingt-cinq ans, boutonnier, 28 juillet 1882 (externe). A reçu le 13 juillet un vigoureux coup de poing au niveau du grand angle de l'œil droit ; il tombe sans connaissance ; au bout de vingt minutes, il revient à lui ; à ce moment, il lui est absolument impossible d'ouvrir l'œil droit.

Les paupières étaient noires et considérablement tuméfiées. Cette coloration disparut peu à peu en même temps que l'enflure, mais au niveau de l'angle externe de l'œil persiste une tumeur qui n'a pas changé de volume depuis lors.

État actuel. — Tumeur du volume d'une petite noix, molle, fluctuante, sans adhérences avec la peau, presque pas douloureuse soit spontanément, soit à la pression. Du reste, le malade n'a pour ainsi dire pas souffert de son traumatisme palpébral, alors même que les paupières étaient enflées et noires.

28 *juillet.* — Le malade est endormi sous la cloche à l'aide de protoxyde d'azote. L'anesthésie est très rapide, complète, et le réveil est instantané lorsqu'on enlève le masque. L'opération consiste en une incision par laquelle le bistouri introduit va sectionner le caillot sanguin, que l'on fait ensuite sortir facilement par pression. Le sang a la consistance et la couleur d'une gelée de groseille très cuite. — Pansement à l'alcool camphré.

Le malade devait revenir se faire panser tous les jours ; nous ne l'avons plus revu.

Obs. DLXXVII. — *Dacryocystite. Incision avec le bistouri du point lacrymal inférieur. Cathétérisme avec la sonde de Bowmann.* — Picard (Marie), quarante-huit ans, femme de ménage, se présente à la clinique du 18 mars 1882. Il y a douze ans, apparition d'une tumeur du volume d'un grain de blé dans le sillon naso-jugal, immédiatement au-dessous du point lacrymal inférieur sur le trajet du sac. Cette tumeur, longtemps stationnaire, s'est développée brusquement il y a un mois, s'est ouverte à l'extérieur et a donné issue à quelques gouttes de liquide muco-purulent. Une fistulette a persisté qui continue à sécréter le même liquide.

État actuel. — Tumeur du volume d'une amande sur le trajet du sac lacrymal droit, ovoïde à grosse extrémité supérieure, à grand axe vertical, à surface lisse, unie, convexe sans bosselures. La peau est amincie, tendue, violacée. Orifice fistuleux en activité à la partie moyenne. Fluctuation à la pression. — Épiphora à droite. Sécheresse de la narine correspondante.

18 *mars.* — Pas d'anesthésie, nous débridons le point lacrymal inférieur avec un bistouri approprié et nous faisons le cathétérisme du sac lacrymal et du canal nasal avec la sonde de Bowmann que nous laissons en place pendant un quart d'heure.

Les jours suivants, on commence un traitement méthodique par les sondes de Bowmann. Le n° 1 ne passe d'abord qu'avec difficulté en forçant un peu, puis on introduit les n°s 2 et 3.

La sécrétion, d'abord abondante et presque exclusivement purulente, diminue peu à peu et devient visqueuse et incolore; la poche se distend moins, et après chaque cathétérisme les larmes passent dans le nez.

18. — Guérison. Exeat.

Obs. DLXXVIII. — *Tumeur lacrymale gauche. Ablation. Guérison.* — Gaudin, soixante-cinq ans, journalière, entre en juillet 1882, salle Sainte-Marthe. Cette femme a toujours joui d'une excellente santé. Porte depuis plusieurs années un petit kyste occupant le grand angle de l'œil droit, et paraissant avoir pris naissance sur le point lacrymal inférieur et du volume d'un pois ordinaire. C'est une petite tumeur résistante, élastique et profondément implantée sur la région.

10 *juillet.* — *Opération.* — La paupière inférieure étant bien abaissée, avec de petits ciseaux courbes nous excisons le kyste au ras du point d'implantation. — Guérison rapide.

Obs. DLXXIX. — *Conjonctivite aiguë. Collyre au sulfate de zinc. Guerison.* — Jourdin (Désiré), quinze ans, garçon fruitier, entre le 28 janvier 1881, au n° 73 *bis* de la salle Saint Augustin. Sujet scrofuleux, peu développé; étant enfant, il a eu plusieurs fois mal aux yeux. Depuis cinq jours, sans cause connue, il a ressenti une certaine difficulté à ouvrir les paupières et une sensation de grains de

sable dans les yeux et gêne par la clarté du jour et surtout d'une lampe. Quelques douleurs de tête.

Etat actuel. — Tuméfaction des paupières, principalement des paupières supérieures. La conjonctive oculaire est uniformément rouge. Photophobie. La sécrétion des larmes est abondante. — Bains de pieds sinapisés. Collyre au sulfate de zinc. Huile de foie de morue.

2 *février.* — Le gonflement des paupières est moins considérable. Le malade supporte un peu plus facilement la lumière. Les douleurs de tête sont moins vives. La rougeur conjonctivale est à peu près la même. — Même traitement.

9. — La tuméfaction des paupières a complètement disparu. La rougeur est moindre. Plus de céphalalgie ni de photophobie. — Même traitement.

17. — Guérison. Exeat.

Obs. DLXXX. — *Ophthalmie blennorrhagique double, lavages à l'eau oxygénée et à la solution d'acide borique. Cautérisation au sulfate d'argent. Guérison.* — Begué, vingt et un ans, employé, entre le 1er octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 9. D'une bonne constitution, aucune trace de manifestation diathésique appréciable. Est atteint de blennorrhagie. Il y a quelques jours : petits picotements dans l'œil, avec larmoiement prononcé : photophobie presque immédiate et le malade peut à peine entr'ouvrir les paupières.

Etat actuel. — En entr'ouvrant les paupières, nous constatons que l'œil baigne littéralement dans le pus, que ce pus est absolument typique : chémosis volumineux autour de la cornée qui est saine : à la cuisson et à la sensation de graviers qu'éprouvait le malade la veille a succédé une douleur insignifiante. — Lavages fréquents avec l'eau oxygénée et pansements avec la même eau. — Au bout de trois jours l'œil gauche se prend à son tour. Intervention plus énergique : cautérisations des deux conjonctives avec le crayon de nitrate d'argent suivies aussitôt du passage d'un pinceau imbibé d'eau salée. Pansement avec des compresses boriquées (solution au dixième); lavages avec la même solution dans le courant de la journée.

Au bout de quatre à cinq jours, l'amélioration est devenue très sensible : l'œil gauche est revenu presque à l'état normal, et la conjonctive de l'œil droit est bien moins boursouflée : vascularisation notable encore de cette membrane. La cornée reste toujours indemne : le pus a bien diminué de quantité.

Au bout de huit jours le malade ouvre complètement les yeux : pas de photophobie. Continuation des lavages avec la solution d'acide borique. La blennorrhagie est elle-même guérie. Va à Vincennes.

II. — *Appareil de l'audition.*

Hématome du pavillon de l'oreille	1
Épithélioma	1
Abcès sous-cutané de la région mastoïdienne	1
Otites moyennes suppurées	15

L'observation DLXXXII montre quelle longue survie on peut avoir par l'opération de certains cancroïdes : cette malade avait déjà été opérée en 1873, puis en 1878. Ce n'est qu'au bout de huit ans que l'extension empêche une nouvelle intervention.

Les observations DLXXXIII, DLXXXIV et DLXXXV sont connexes : il s'agit d'inflammation des cellules mastoïdiennes consécutive à une otite moyenne. Dans nos précédentes cliniques nous avons déjà insisté sur la nécessité qu'il y a à pratiquer, dans ces cas, la trépanation de l'apophyse mastoïde : traitement qui a fait le sujet de la thèse d'un de nos élèves, le D[r] Brochin; néanmoins, comme c'est loin d'être une opération courante, on nous saura, sans doute, gré d'exposer de nouveau notre procédé.

Nous pratiquons au niveau même de l'apophyse mastoïde une incision cruciale, comprenant non seulement les parties molles, mais aussi le périoste. Si la peau qui recouvre la région est très tuméfiée, nous faisons l'incision au niveau de l'entre-croisement de deux lignes droites, dont l'une serait tirée verticalement à 1 centimètre et demi en arrière du point d'attache du pavillon, et la seconde horizontalement en longeant le bord supérieur du conduit auditif. Le doigt rencontre en ce point, sur l'os, une petite fossette qui correspond à la grande cellule mastoïdienne. Cette incision faite, nous nous assurons de l'état de l'os, et nous nous contentons, s'il existe déjà une ouverture fistuleuse, de l'agrandir soit avec une spatule, soit à l'aide d'un élévateur ou d'un couteau lenticulaire. Si l'incision seule des parties molles suffit pour donner issue au pus s'échappant par une ouverture préexis-

tante, l'opération est très simplifiée. Dans le cas contraire, nous choisissons alors pour pratiquer la perforation artificielle à peu près le point que nous avons indiqué sur l'apophyse mastoïde, en nous rapprochant un peu du bord antérieur. Le trépan doit être dirigé en avant, parallèlement au conduit auditif externe osseux et un peu en bas, afin d'éviter de pénétrer soit dans le sinus, soit dans le crâne.

L'abcès ouvert, nous plaçons à demeure une canule d'argent dans le but de donner un facile écoulement aux liquides sécrétés et aux lavages.

Chez nos trois malades la trépanation a déterminé un soulagement immédiat.

Obs. CLXXXI. — *Hématome traumatique du pavillon de l'oreille. Evacuation.* — Lacour (Augustin), quarante-neuf ans, commissionnaire, se présente à notre clinique le 18 novembre 1882. Homme robuste bien constitué. Bonne santé habituelle, sa profession l'oblige à porter des fardeaux de 40 à 50 kilogrammes. Il y a six semaines, en portant un de ces fardeaux sur l'épaule gauche il s'est contusionné le pavillon de l'oreille correspondante; aussitôt est apparue une tumeur qui est depuis restée stationnaire.

Etat actuel. — La moitié supérieure du pavillon de l'oreille gauche est déformée par une tumeur du volume d'une noix occupant la face externe, à surface lisse, unie, sans bosselures : la peau mince, tendue, offre une teinte noirâtre ecchymotique. Au toucher, la tumeur est molle et franchement fluctuante, elle siège entre la peau et le cartilage, elle est bien limitée et comme enkystée. — Rien du côté des parties voisines. — Indolence. — Pas de troubles auditifs.

18 *novembre.* — Pas d'anesthésie. — Ponction avec la pointe du bistouri, issue de 40 grammes de liquide séro-sanguin. Occlusion de la plaie. Compression ouatée.

Le malade retourne chez lui. Il n'a pas été revu.

Obs. DLXXXII. — *Tumeur maligne de la région auriculaire* (*deuxième récidive*). *Pas d'opération.* — Barjean (Joséphine), cinquante-trois ans, se présente à notre clinique le 10 septembre 1881. Elle a déjà été opérée par nous en 1873 et en 1878 pour une tumeur de la région auriculaire (Voy. le tome III de nos *Cliniques*, obs. CDXLVIII, p. 777). Depuis quelque temps il s'est fait une seconde récidive.

Etat actuel. — Autour de l'oreille, au-dessus et en arrière, se trouvent des masses néoplasiques, lobulées ; au-dessous, du côté de la parotide, est également une petite tumeur dure et saillante, et sur la

mâchoire inférieure est un bourrelet indiquant l'envahissement du périoste par le cancer. — Pas d'intervention indiquée : traitement palliatif.

Obs. DLXXXIII. — *Otite moyenne suppurée. Abcès mastoïdien. Trépanation et drainage de la grande cellule mastoïdienne.* — Haguno (Charles), vingt-cinq ans, chapelier, entre le 3 février 1882, n° 16, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité, pas d'antécédents tuberculeux. Lymphatisme. Il y a deux mois, sous l'action du froid, otalgie violente et écoulement de pus par le conduit auditif externe gauche. Les douleurs avaient cessé, lorsque ces jours derniers l'otorrhée s'est tarie. A partir de ce moment l'otalgie s'est reproduite en même temps que la région mastoïdienne devenait tuméfiée, chaude et douloureuse.

Etat actuel. — La région mastoïdienne est déformée par une tuméfaction considérable qui s'étend jusque dans la région temporale et pariétale. La peau est rouge, luisante. Au toucher, température locale élevée, empâtement et œdème ; pas de fluctuation franche. L'examen du conduit auditif, à l'aide de l'otoscope, démontre que le tympan est perforé et que l'oreille moyenne est le siège de végétations polypiformes. Surdité complète du côté malade.

4 *février.* — Chloroforme. — La région étant rasée, nous faisons la trépanation de la grande cellule suivant notre procédé habituel. Il existe un abcès extra-périostique qui donne un flot de pus et dont la cavité est si large que nous jugeons utile de la drainer. Le pus évacué, nous ruginons le périoste sur l'étendue de la petite facette triangulaire qui répond à la grande cellule et nous trépanons l'os en ce point avec la fraise du polytritome. Nous traversons un tissu dur à la surface, ramolli et imbibé de pus plus profondément. Nous enlevons les petits débris avec le perforateur et nous voyons s'écouler par cette voie le pus contenu dans l'oreille. Tube d'argent à demeure.

5 *février.* — Le malade a passé une bonne nuit. Pas de fièvre. Etat général et local excellents. — Irrigations chaque jour.

10. — La plaie a bon aspect. Du pus coule également par l'oreille.

12. — Le faciès du malade est pâle. L'appétit a diminué. Le soir 40°. — Potion de Todd avec extrait de quinquina, 4 grammes.

13. — Persistance de cet état, teinte subictérique de la peau, 39° le soir. — Le malade a des vomissements verdâtres, presque porracés.

15. — Administration d'un ipéca qui produit un heureux effet. Le malade se trouve bien mieux.

25. — Bon état général du malade, qui se déclare aussi bien que possible. La suppuration de la plaie est réduite à fort peu de chose, ainsi de l'otorrhée. La cicatrisation fait des progrès appréciables.

28. — On retire le drain de la plaie ; pansement simple.

4 mars. — Le malade quitte l'hôpital presque guéri de sa plaie et dans un état aussi satisfaisant que possible.

Obs. DLXXXIV. — *Inflammation des cellules mastoïdiennes consécutives à une otite moyenne. Trépanation et drainage de la grande cellule.* — Visine (Philippe), quinze ans, bijoutier, se présente à la clinique du 25 mars 1882. Père mort tuberculeux. Lui-même est d'un tempérament lymphatique : gourme dans l'enfance. Il y a cinq ans : otite moyenne gauche. Depuis cette époque, otorrhée intermittente. Depuis quinze jours la suppuration par le conduit auditif externe a cessé, de vives douleurs se sont développées au niveau de l'apophyse mastoïde et cette région s'est tuméfiée.

Etat actuel. — La région mastoïdienne gauche est tuméfiée, rouge, chaude, douloureuse : consistance pâteuse et œdème des parties molles, remontant presque dans la région pariéto-temporale. L'examen de l'oreille à l'otoscope démontre que le tympan est sclérosé et offre plusieurs cicatrices. Il n'y a pas de perforation actuellement, ni de végétations polypoïdes.

Anesthésie. — Nous pratiquons la trépanation de la grande cellule mastoïdienne par notre procédé habituel. Après l'incision des parties molles avec le bistouri, nous trouvons un petit ganglion induré et hypertrophié du volume d'un haricot. L'artère auriculaire postérieure est anormalement développée; nous la saisissons avec des pinces pour l'écarter du champ d'opération. Incision du périoste et décollement avec la rugine de façon à mettre à nu la petite fossette triangulaire qui répond à la grande cellule : trépanation avec la fraise du polytritome. Nous agrandissons l'ouverture avec le perforateur. Dans cette partie de l'opération nous avons ouvert la veine mastoïdienne : elle donne beaucoup de sang et nécessite une compression avec une éponge, pendant deux heures : c'était sous l'influence des vomissements chloroformiques surtout que cette veine donnait un jet de sang.

Le malade retourne chez lui où son médecin lui donnera les soins consécutifs.

Obs. DLXXXV. — *Otite moyenne. Trépanation mastoïdienne. Guérison.* — Vicaine, quarante-cinq ans, entre le 29 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 51. L'affection de cette malade remonte à seize mois. Bien portante à ce moment, elle eut d'abord des douleurs d'oreilles extrêmement vives déterminées par un polype du conduit auditif externe. Ce polype fut enlevé et la malade retrouva un peu de calme. Mais bientôt survint une hémicrânie très douloureuse du côté droit, avec trouble vaso-moteur de la face. En même temps, apparurent des maux de gorge, un écoulement chronique de l'oreille droite et des élancements dans la région mastoïdienne.

Etat actuel. — Otite externe chronique avec épaississement de la

muqueuse si considérable qu'on a beaucoup de peine à voir le tympan. Celui-ci paraît être également le siège d'une inflammation chronique. Surdité très prononcée.

15 *janvier*. — Trépanation de l'apophyse mastoïde suivant notre procédé. L'opération ne présente rien de particulier. — Un drain est laissé dans la plaie par lequel on injectera tous les jours un peu d'eau fortement alcoolisée. Pansement phéniqué.

16. — La malade va bien.

22. — La plaie est bientôt fermée : le drain a été retiré. L'ouïe est certainement moins atteinte : les douleurs si intenses accusées par la malade avant l'opération sont complètement disparues.

4 *février*. — Guérison complète de la plaie. La malade, qui n'a plus souffert d'hémicrânie, est envoyée au Vésinet.

Obs. DLXXXVI. — *Otite moyenne. Perforation de la membrane du tympan. Injection d'eau alumineuse. Guérison rapide.* — Legrand (Paul), vingt-deux ans, facteur, entre le 11 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 73. C'est un homme robuste qui n'a jamais eu de maladie. Pas de maux d'yeux ni de gourme dans l'enfance. Il n'a jamais souffert auparavant des oreilles. Le 23 mars, il a tenu sa fenêtre ouverte pendant la nuit, et, trois jours après, il a ressenti des bourdonnements d'oreilles, puis à la fin de la journée de véritables douleurs. La nuit suivante, il ne put dormir, tant les élancements étaient forts; il y avait en même temps une céphalalgie intense.

Le lendemain matin, il remarqua, en se lavant, du pus qui sortait par le conduit auditif. Il alla néanmoins prendre son service, mais il fut obligé de le quitter tant il souffrait. Il resta ainsi quelques jours dans sa famille, puis il vint à l'hôpital.

A son entrée. — On trouve le pourtour du conduit auditif rouge, et le conduit lui-même rempli d'un pus jaunâtre et fétide. Le malade souffre beaucoup et l'ouïe est diminuée : le tic-tac d'une montre n'est pas entendu au delà de 5 centimètres. A l'otoscope, on reconnaît une perforation de la membrane du tympan. Rien du côté de la région mastoïdienne. Un peu de fièvre; insomnie; inappétence. Injections d'eau alumineuse répétées plusieurs fois dans la journée.

La guérison marche rapidement, le malade peut sortir le 7 mai, mais avec une audition qui n'est pas aussi nette que du côté opposé.

Obs. DLXXXVII. — *Otite aiguë. Perforation de la membrane du tympan. Injection d'eau alumineuse. Guérison.* — Gougeard (Léon), quarante ans, concierge, entre le 30 mai 1882, salle Sainte-Marthe. Il n'a jamais eu mal aux oreilles. Il y a quinze jours, à la suite d'un refroidissement par un courant d'air, il a éprouvé des bourdonnements dans l'oreille gauche, puis trois jours après des douleurs très aiguës. En même temps, il s'apercevait de la sortie, par cette oreille, d'un liquide verdâtre. A ce moment l'ouïe était déjà quelque

peu diminuée, mais néanmoins il entendait. Puis les douleurs ont augmenté, ainsi que la sécrétion du pus; céphalalgie, insomnie et perte d'appétit.

Etat actuel. — Diminution très notable de l'ouïe; le tic-tac d'une montre n'est pas entendu à une distance de 5 centimètres. Les douleurs sont très vives ; à l'entrée du conduit auditif externe, accumulation de pus verdâtre et fétide. A l'otoscope, on constate une perforation de la membrane du tympan. Rien dans la région mastoïdienne. — Injections répétées d'une solution d'alun. Purgatif.

Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes diminuent d'intensité et le vingt-septième jour la guérison est obtenue.

28 *juin.* — Sortie.

Obs. DLXXXVIII. — *Otite moyenne. Suppuration abondante. Injection alumineuse. Amélioration.* — Mouillet (Abel), quarante ans, garçon d'hôtel, entre le 22 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Il couche dans une pièce extrêmement humide et mal close. Plusieurs fois l'hiver dernier il a éprouvé des douleurs d'oreilles et de dents, mais qui cessaient au bout de trois ou quatre jours, aussi ne s'en préoccupait-il pas. Il y a un mois, il a encore éprouvé dans l'oreille gauche des douleurs très aiguës qui n'ont pas cessé depuis. Ces douleurs sont quelquefois atroces, dit le malade, et depuis trois semaines, c'est à peine s'il a pu dormir quelques heures. Depuis dix jours, un abondant écoulement de pus se fait par l'oreille et l'ouïe de ce côté est quelque peu diminuée.

A son entrée. — Otorrhée abondante et fétide. Au pourtour du trou auditif la peau est rouge et lisse. L'ouïe est diminuée : le malade entend le tic-tac d'une montre à 5 centimètres de l'oreille. A l'otoscope on constate une perforation de la membrane du tympan. L'apophyse mastoïde, examinée avec soin, paraît saine. — Injections d'alun répétées plusieurs fois dans la journée. Une pilule d'opium à 5 centigrammes le soir. Vin de quinquina.

20 *avril.* — Suppuration très diminuée, douleurs beaucoup moins vives.

26. — Amélioration très grande; le malade demande à sortir; il continuera son traitement chez lui.

Obs. DLXXXIX. — *Otite moyenne. Injections astringentes. Amélioration notable.* — Havard (Eugène), quarante et un ans, concierge, entre le 23 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 2. N'a jamais eu de maladies graves. Il est, dit-il, exposé aux courants d'air. Il y a deux mois, il a commencé à éprouver dans l'oreille droite des bourdonnements qui n'ont pas tardé à se changer en douleurs. Depuis trois semaines l'ouïe a sensiblement diminué de ce côté et il éprouve vers le soir de violents maux de tête. Enfin, il y a dix jours, un écoulement de pus verdâtre et fétide s'est fait par l'oreille malade.

A son entrée. — Nous trouvons au pourtour du conduit auditif externe une rougeur érythémateuse et dans sa profondeur du pus très épais et très fétide. A l'otoscope, on reconnaît que la membrane du tympan est intacte, mais rougeâtre. Le malade entend à peine du côté malade et il faut appliquer une montre contre le pavillon pour qu'il puisse en percevoir le tic-tac. Rien du côté de l'apophyse mastoïde, rien du côté de l'oreille gauche. Insomnie, peu d'appétit. — Injections quatre fois par jour d'eau d'alun. Purgatif.

30 *juin.* — L'écoulement est beaucoup moins abondant et l'ouïe semble revenir.

2 *juillet.* — Diminution de l'écoulement; le malade entend une montre à 5 centimètres de l'oreille. Même traitement.

10. — Le malade ne souffre plus; demande sa sortie.

Obs. DXC. — *Otite droite suppurée. Perforation de la membrane du tympan. Abcès mastoïdien ouvert spontanément. Amélioration.* — Martin (Louis), vingt-neuf ans, charpentier, entre le 22 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Bonne santé habituellement. Quelques accidents strumeux dans l'enfance. A eu une bronchite en 1879; n'a jamais craché de sang et ne tousse pas. Pas d'antécédents syphilitiques. Il y a cinq mois, il a commencé à éprouver des douleurs d'oreilles et à entendre beaucoup moins que d'habitude. Au mois de mars, la région malaire devient le siège d'un gonflement notable qui disparaît peu à peu et c'est alors que, la tuméfaction n'existant pour ainsi dire plus, il s'écoule du pus par le conduit auditif externe. Quelques jours après, un abcès se forme au niveau de la région mastoïdienne.

État actuel. — Abolition presque complète de l'ouïe; le malade, en effet, entend à peine le tic-tac d'une montre placée près du pavillon de l'oreille. De l'autre côté l'audition est intacte. Le conduit auditif externe est rouge à son entrée et baigné d'un pus verdâtre. Toute la région située au-dessus et en arrière de l'oreille est occupée par un abcès. En haut, la fluctuation est des plus nettes; en bas, la tuméfaction est plus résistante, à pourtour induré, et semble formée par l'apophyse mastoïde augmentée de volume. A un demi-centimètre au-dessus du sommet de cette apophyse, il s'est produit une ouverture par laquelle on peut faire sourdre du pus. A l'otoscope, on constate une perforation de la membrane du tympan. — Injections répétées d'une solution d'alun. Pansement de l'abcès.

5 *juin.* — Guérison presque complète de l'abcès de la région mastoïdienne, mais l'apophyse reste volumineuse.

6. — Exeat du malade sur sa demande.

Obs. DXCI. — *Otite moyenne. Perforation de la membrane du tympan. Injection d'eau de sureau. Amélioration.* — Véron (Pierre),

quarante-sept ans, employé de bureau, entre le 7 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. A toujours été bien portant; n'a jamais eu de maux d'oreilles. Il y a un peu plus d'un mois il fut réveillé pendant la nuit par une douleur excessivement aiguë, dans l'oreille droite; cette douleur dura vingt quatre heures environ, puis disparut. Trois jours après, bourdonnement dans la même oreille et abolition presque complète de l'ouïe; enfin les douleurs apparaissent de nouveau et depuis plus de quinze jours le malade ne peut dormir. Il s'écoule aussi par le conduit auditif externe un pus verdâtre et très fétide surtout le matin.

État actuel. — Le pourtour du conduit auditif externe est rouge et enflammé. A l'otoscope, on aperçoit la membrane du tympan qui est également enflammée et perforée. Le tic-tac d'une montre n'est entendu qu'à une distance de 3 centimètres. Rien du côté de l'apophyse mastoïde. — Injections répétées d'eau de sureau.

19. — Amélioration; le malade souffre à peine, entend un peu mieux; et le 20 : exeat.

Obs. DXCII. — *Otite moyenne aiguë sans perforation de la membrane du tympan. Injections astringentes. Guérison.* — Gely (Jules), trente ans, zingueur, entre le 28 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 8. Étant à travailler il y a cinq jours, sur un toit, un vent très violent lui soufflait dans la partie gauche de la tête. La nuit suivante, il fut réveillé par une douleur comparable, dit-il, à un poinçon qu'on lui aurait enfoncé dans l'oreille. Cette douleur dura environ deux heures, puis à elle succédèrent des bourdonnements d'oreille, enfin le troisième jour les douleurs apparaissaient de nouveau et, cette fois, beaucoup plus violentes et continuelles. Hier, il a tout d'un coup remarqué qu'il s'écoulait du pus par le conduit auditif.

Etat actuel. — Le pourtour du conduit auditif externe très rouge et son orifice obstrué par une gouttelette de pus verdâtre, sans mauvaise odeur. Le malade éprouve de violentes douleurs et des maux de tête qui l'empêchent de dormir. Pas de fièvre. L'ouïe est très peu diminuée. La membrane du tympan rouge et boursouflée, mais non perforée. Rien du côté de l'apophyse mastoïde. — Injections d'alun trois fois par jour.

Diminution graduelle des douleurs et de la suppuration.

23 *août.* — Guérison. Sortie.

Obs. DXCIII. — *Otite moyenne aiguë. Perforation de la membrane du tympan. Injection d'eau alumineuse. Amélioration.* — Armand (François), trente-neuf ans, palefrenier, entre le 20 mai 1881, au n° 28 de la salle Sainte-Marthe. Cet homme est rhumatisant, il n'a jamais eu, affirme-t il, d'autres maladies ni d'accidents vénériens. L'hiver dernier, couchant dans une remise mal close, il a eu un refroidissement et depuis trois mois il éprouve des douleurs dans l'oreille

gauche. Depuis quinze jours surtout, ces douleurs se sont exagérées et il a aussi eu des bourdonnements d'oreille. Il entend aussi très peu de cette oreille et il existe un écoulement de pus par le conduit auditif.

En examinant l'oreille, on trouve à l'entrée du conduit auditif des gouttelettes d'un pus verdâtre épais et fétide. La peau est rouge, lisse. Le tic-tac d'une montre n'est pas entendu à une distance de 3 centimètres. Les douleurs sont très aiguës. Perforation de la membrane du tympan. L'apophyse mastoïde semble saine. État général satisfaisant. — Quatre fois par jour injections d'eau alumineuse.

Peu à peu on observe une diminution des symptômes et une diminution de la suppuration.

Le 15 juin, le malade sort de l'hôpital en bonne voie de guérison.

Obs. DXCIV. — *Otite. Perforation de la membrane du tympan. Injection d'eau d'alun. Amélioration.* — Cherel (Jacques), vingt-cinq ans, coiffeur, entre le 3 novembre 1882, au n° 1 de la salle Saint-Augustin. Homme d'une faible constitution, il a eu très souvent mal aux yeux et aux oreilles; et, dans l'enfance, de la gourme.

Il y a une douzaine de jours, sans qu'il puisse en trouver la cause, il a ressenti des élancements dans l'oreille droite; ces élancements se répétaient à des intervalles plus rapprochés le soir et dans la nuit.

Le quatrième jour, l'audition, qui a été très bonne, a commencé à diminuer, et en même temps ces élancements se sont changés en véritables douleurs presque continuelles, puis il a remarqué qu'il sortait du pus par le trou auditif. Insomnie, fièvre le soir. Appétit resté à peu près le même.

État actuel. — Le conduit auditif externe est rempli d'un pus jaune verdâtre, fétide, la peau du conduit est rouge, enflammée; la membrane du tympan est perforée. Le malade souffre beaucoup, il ne peut dormir; léger mouvement fébrile le soir; le tic-tac d'un chronomètre n'est pas entendu à une distance de plus de 5 centimètres. — Injections, quatre fois par jour, avec une solution d'alun. Sirop de fer et huile de foie de morue.

Sous l'influence de ce traitement, la suppuration diminue et avec elle les douleurs; l'état général s'améliore aussi.

25. — Amélioration notable. Exéat.

Obs DXCV. — *Otite moyenne. Perforation de la membrane du tympan. Injections astringentes. Amélioration.* — Teissier (Léon), quarante ans, tailleur, entré le 4 novembre 1881, au n° 16 de la salle Sainte-Marthe. Homme très maigre et peu vigoureux; il vient d'avoir la fièvre typhoïde, mais avant il était fort et n'avait jamais eu de maladies. Trois semaines après avoir été guéri de sa fièvre typhoïde, il a ressenti d'abord des bourdonnements d'oreilles, puis des douleurs, et

depuis dix jours il a un écoulement purulent très abondant par le conduit auditif externe. Les douleurs sont quelquefois intolérables et l'empêchent de dormir. Céphalalgie.

Etat actuel. — Dans le conduit auditif externe, pus épais, jaunâtre et très fétide. Tout autour du conduit auditif, la peau est rouge et luisante. Un peu d'empâtement de la région mastoïdienne. Le malade entend très peu de cette oreille; il perçoit le mouvement d'une montre à 3 centimètres, mais pas au delà. Lavages répétés avec de l'eau alumineuse.

Rapidement on observe une diminution des accidents. Les douleurs se calment, l'écoulement devient moins abondant, mais le malade n'entend pas beaucoup mieux.

25. — Plus de douleurs, suppuration presque insignifiante. L'audition est toujours diminuée.

27. — Le malade, se trouvant beaucoup mieux, demande sa sortie; il continuera son traitement chez lui.

Obs. DXCVI. — *Otite moyenne. Perforation de la membrane du tympan. Guérison.* — Savary (Adrien), trente-trois ans, tailleur de pierre, entre le 2 septembre 1881, au n° 29 de la salle Sainte-Marthe.

Le 7 août précédent, il a reçu un violent coup de poing sur l'oreille. Le surlendemain, il éprouva une vive douleur, puis vit sourdre par l'oreille quelques gouttelettes de pus. En même temps, l'ouïe diminuait de ce côté.

Etat actuel. — La peau du pavillon de l'oreille est ecchymosée, et le conduit auditif rempli d'un pus verdâtre, non fétide. Les douleurs sont vives, l'audition très diminuée : il faut parler très haut pour que le malade entende les questions qu'on lui pose, l'oreille du côté opposé étant fermée avec le doigt; le tic-tac d'une montre s'entend à 3 centimètres. La membrane du tympan est perforée. La région mastoïdienne examinée ne présente rien de particulier. Mouvement fébrile. Inappétence. — Une pilule d'opium de 5 centigrammes le soir; deux verres d'eau de Sedlitz. Chaque jour quatre injections dans le conduit auditif avec de l'eau de sureau.

Peu à peu la suppuration diminue, les douleurs se calment. L'appétit revient et, le 17 septembre, le malade sort presque complètement guéri.

Obs. DXCVII. — *Otite moyenne. Perforation de la membrane du tympan. Injections d'eau alumineuse. Guérison rapide.* — Louaze (Frédéric), vingt-huit ans, zingueur, entre le 3 octobre 1881, au n° 11 de la salle Sainte-Marthe. C'est un homme très souvent exposé aux courants d'air et à la pluie. Plusieurs fois déjà il s'est plaint de maux d'oreille, mais il n'en avait jamais souffert d'aussi violents que depuis huit à dix jours. Comme toujours il a commencé par ressentir des bourdonnements d'oreille, puis des douleurs atroces. Impossi-

bilité de travailler et de dormir. Perte complète de l'appétit. Il y a deux jours il a vu du pus s'écouler par le conduit auditif externe, et c'est à peine s'il entend de cette oreille.

Etat actuel. — Le conduit auditif externe est rempli de pus jaune verdâtre très épais. La peau à son pourtour est rouge ; l'audition est très diminuée ; le bruit d'une montre, à 3 centimètres, n'est plus entendu. Perforation de la membrane du tympan. Céphalalgie intense. Fièvre. — Trois fois par jour injections d'une solution d'alun.

Peu à peu les douleurs diminuent, la suppuration se tarit, et après dix-sept jours de ce traitement le malade demande à partir.

Obs. DXCVIII. — *Otite moyenne. Perforation de la membrane du tympan. Injections astringentes. Disparition des accidents.* — Culot (Jean-Baptiste), cinquante ans, cordonnier, entre le 2 août 1881 au n° 23 *bis* de la salle Sainte-Marthe. C'est un homme qui travaille dans un lieu humide et exposé aux courants d'air. Depuis dix jours environ, il éprouve des douleurs parfois intolérables qui ont succédé à des bourdonnements d'oreille. Avant-hier, il a vu sortir, par le conduit auditif externe droit, du pus épais, verdâtre. Il entend très peu de cette oreille. Fièvre le soir. Insomnie.

Etat actuel. — A l'entrée du conduit auditif externe du côté droit: quelques gouttes de pus verdâtre ; au pourtour, la peau est enflammée. L'audition n'est pas abolie mais très diminuée; le malade n'entend pas le tic-tac d'une montre à plus de 2 centimètres. Les douleurs sont toujours extrêmement aiguës au point de lui arracher des cris, heureusement qu'elles ne sont pas continues. Injections d'eau alumineuse. Une pilule d'opium à 5 centigrammes.

3 *août.* — Le malade a mieux reposé. Toujours de la fièvre.

9. — Le malade souffre moins, il dort assez bien ; la veille nous avons supprimé la pilule. Suppuration un peu moins abondante.

Pendant les jours qui suivent, la suppuration diminue graduellement, les douleurs cessent, l'appétit revient; et le 27 août, exeat.

Obs DXCIX. — *Abcès sous-cutané au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. Guérison.* — Cavet (François), soixante-six ans, brocanteur, entre le 14 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Antécédents héréditaires de rhumatisme. A trente ans accidents syphilitiques traités dans cet hôpital. A quarante-cinq ans, rhumatisme articulaire aigu localisé aux articulations des deux genoux et des cous-de-pied. Nouvelles douleurs de l'articulation tibio-tarsienne droite avec un peu de gonflement depuis quatre semaines. Depuis environ six semaines, le malade sent se développer, derrière son oreille gauche, une petite tumeur qui augmente progressivement de volume sans provoquer la moindre douleur. Jamais de coup ou de chute sur l'oreille.

Etat actuel. — Tumeur du volume d'un œuf de poule derrière l'oreille gauche, liquide, sans changement de coloration de la peau, non douloureuse à la pression, bien limitée : rien à l'oreille gauche. Pas de céphalalgie. État général assez bon : un peu d'endocardite mitrale ancienne; rien dans les urines. — Ponction de la tumeur avec l'aspirateur Potain, et sortie d'un pus blanchâtre mal lié. L'os ne paraît pas dénudé. Compression. Iodure de potassium 4 grammes : onguent napolitain.

Traitement continué jusqu'au 31 décembre 1881, époque de la sortie du malade dont l'abcès ne s'est pas reproduit.

III. — *Appareil de l'olfaction.*

Épithéliomas des téguments du nez	3
Polypes muqueux	2
Polype naso-pharyngien	1
Inflammation du sinus	1

A propos du malade de l'observation DCII, atteint d'un épithélioma du nez, signalons un des très rares cas de mort par chloroforme que nous ayons eu dans notre service. Il n'y a pas ici à accuser d'imprudence ni de distraction : c'est, en effet, au début des inhalations et subitement que les accidents sont survenus : l'autopsie a été négative.

L'observation DCV est fort intéressante à plusieurs points de vue : d'abord par l'anomalie d'implantation de ce fibrome : au lieu de se faire exclusivement sur l'apophyse mastoïde, elle s'étendait jusqu'à la partie antérieure de la voûte des fosses nasales. Cette immense étendue nous faisait présager de sérieuses difficultés pour l'extirpation, et nous obligeait à choisir la méthode nasale comme procédé opératoire, d'autant que la tumeur envoyait un prolongement dans le sinus maxillaire. Grâce aux moyens hémostatiques dont nous disposons, nous n'avons pas perdu beaucoup de sang pendant l'opération, mais dès quatre heures après qu'elle fut terminée, une hémorrhagie se produisit, puis d'autres survinrent et finalement le malade succomba.

L'observation DCVI est intéressante au point de vue de l'importance qu'il y a à établir un bon diagnostic étiologique. Ici c'étaient les dents cariées qui étaient en cause, alors

qu'on eût pu croire à un examen superficiel que l'inflammation du sinus était idiopathique, et nullement sous la dépendance de la carie dentaire : c'est probablement en vain qu'on eût traité l'inflammation du sinus, la cause de l'affection persistant, celle-ci n'aurait pas disparu, tandis que la simple avulsion des dents a amené une guérison aussi rapide que complète. Signalons également l'intermittence des accidents dont l'antre d'Higmore était le siège et dus à ce que les produits inflammatoires étaient bien tolérés tant que la cavité n'était pas pleine, mais alors survenaient des symptômes de rétention et une évacuation du contenu.

Obs. DC. — *Cancroïde du lobe médian et de l'aile gauche du nez. Envahissement des cartilages. Ablation large de la tumeur.* — Patouillard (Marie), quatre-vingts ans, s. p., entre le 30 janvier 1882, n° 43, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bronchite chronique depuis dix-sept ans. Il y a un an, elle remarqua, sur l'aile gauche du nez, une plaque épithéliale grisâtre d'aspect verruqueux qu'elle fit saigner et qui finit par s'ulcérer. L'ulcération s'étendit progressivement malgré l'emploi de divers topiques. Le 25 décembre 1881, un médecin enleva la petite tumeur avec le bistouri. Récidive sur place.

Etat actuel. — Le lobe médian et l'aile gauche du nez sont déformés par une tumeur irrégulièrement hémisphérique de 2 centimètres de diamètre, formant au-dessus des parties saines un relief de 1 centimètre. La surface est le siège d'une ulcération en partie recouverte par de grosses croûtes jaunes, luisantes, d'aspect cireux et laissant voir en d'autres points des saillies papilliformes rouges, saignantes, séparées par des sillons remplis de débris épithéliaux et de pus. Les bords sont rouges, luisants, très vasculaires. Au pourtour les orifices des glandes sébacées sont dilatés et accusés par un pointillé noirâtre. La peau du nez présente en outre des plaques épithéliales grisâtres, sèches, d'aspect verruqueux, disséminées à 2, 3 et 4 centimètres de la tumeur. Au toucher celle-ci repose sur une base indurée, de consistance fibroïde ; elle adhère intimement aux cartilages de la cloison et de l'aile gauche du nez. Pas d'altérations de la muqueuse pituitaire. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. État général satisfaisant.

4 février. — Chloroformisation. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur les ailes du nez et sur la sous-cloison. Ablation large de la tumeur. — Il en résulte une perte de substance portant sur l'extrémité libre du nez, que nous comblerons plus tard

par autoplastie. — Deux points de suture métallique. Pansement phéniqué.

Pas d'accidents consécutifs. Pas de réaction fébrile ; et le 19, sortie. Guérison en bonne voie.

Obs. DCI. — *Cancroïde de l'aile droite du nez et de la lèvre inférieure. Ablation.* — Chamossat (Jean), cinquante-neuf ans, commissionnaire, 15 juin 1882 (externe). D'une bonne santé habituelle. Pas de maladies antérieures. Il y a deux ans, à la partie supérieure de l'aile du nez du côté droit, de petites croûtes se sont produites à cette époque, s'accompagnant de vives démangeaisons. Le malade les arrachait, mais elles se reproduisaient rapidement. Peu à peu leur étendue augmente, et à partir du courant de janvier dernier, des douleurs s'y produisirent, d'abord légères, actuellement assez vives. A la lèvre inférieure l'affection est plus récente : elle ne date que de deux mois : un petit bouton, sorte de petite verrue, a commencé à se développer un peu à droite de la ligne médiane à l'union de la muqueuse et de la peau : puis d'autres papilles se sont hypertrophiées. Quelques-unes ont été arrachées par le malade, si bien qu'actuellement à côté de parties papillomateuses on trouve une ulcération superficielle du volume d'une pièce de 20 centimes. Ce cancroïde de la lèvre occupe une longueur de 2 centimètres. Il est tout à fait superficiel et n'a jamais déterminé de douleurs.

15 *juin.* — Sans anesthésie (le malade ne veut pas être endormi), nous enlevons le cancroïde de l'aile du nez au thermo-cautère : la peau seule est atteinte à son niveau : nous la disséquons et cautérisons le fond de la perte de substance. Le cancroïde labial est enlevé de deux coups de ciseaux après pincement préalable de la lèvre inférieure. — Suture. Pansement au diachylon de la plaie de l'aile du nez. Pansement de Lister pour celle de la lèvre.

20. — Ablation des points de suture. La plaie de la lèvre est guérie, celle de l'aile du nez est en bonne voie de guérison.

Obs. DCII. — *Epithélioma du nez chez un alcoolique. Mort sous le chloroforme. Autopsie négative.* — Goyard, soixante-cinq ans, terrassier, entre en novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. Bonne santé habituelle, mais alcoolisme. Il y a six ans, il s'aperçut de l'existence d'un petit bouton sur le côté gauche du nez : développement assez lent dans les trois premières années. Depuis dix-huit mois la petite tumeur s'est ulcérée.

Etat actuel. — La presque totalité de l'aile gauche du nez est envahie par une ulcération profonde, laissant voir la voûte palatine : elle est irrégulière et présente les dimensions d'une pièce de deux francs. L état général est aussi satisfaisant que possible.

4 *novembre.* — Anesthésie au chloroforme selon les règles habituelles : à peine le malade avait-il respiré deux à trois compresses

imbibées de chloroforme, que subitement sa face se congestionne, et la respiration s'arrête : immédiatement respiration artificielle, flagellation, trachéotomie : nul résultat.

Autopsie. — Les voies aériennes présentent quelques stries de sang. — Les *poumons* sont le siège d'une congestion très accentuée : le gauche surtout présente une base engouée d'une façon très notable. — Le *cœur* est rempli de caillots cruoriques. — Le *foie* et les *reins* sont le siège d'une congestion très intense. — Rien au *cerveau.*

Obs. DCIII. — *Polypes muqueux des fosses nasales. Ablation.* — Bellier, vingt-huit ans, garçon de magasin, entre le 9 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 26. Constitution forte, homme robuste. Coryzas fréquents dans la jeunesse. Il y a sept ans coup sur le nez; à la suite de ce coup (?) le nez s'est bouché, la respiration nasale est devenue impossible, l'odorat a été perdu. Depuis, il a eu des maux de tête : jamais d'épistaxis spontanée. Peu à peu le nez s'est élargi et s'est déformé, surtout du côté gauche : épiphora des deux yeux. En juin 1879, le malade est entré dans notre service et nous lui avons retiré des polypes avec des pinces : un autre polype a été extrait par l'orifice postérieur des fosses nasales. En juin 1880 le malade revient dans le service et de nouveaux polypes sont extraits.

Actuellement. — Les os propres du nez sont écartés, surtout le gauche : des polypes s'aperçoivent à l'entrée des deux fosses nasales.

26 *février.* — Nous retirons avec des pinces plusieurs énormes polypes de chacune des fosses nasales.

1er *mars.* — Ablation d'un autre polype volumineux de la fosse nasale gauche. — De gros polypes ont, dans la suite, encore été retirés en de nombreuses séances soit avec les pinces, soit avec le polypotome de Wilde ou avec des pinces hémostatiques, qui pénètrent plus profondément que les pinces à polypes ordinaires. Le nombre des polypes était incalculable et souvent après qu'on en avait extrait deux ou trois l'abondance de l'écoulement sanguin empêchait de continuer l'extraction. Nous sommes enfin arrivé à rétablir la perméabilité des fosses nasales et nous avons remis à plus tard l'ablation de petits polypes existant encore dans les méats moyen et supérieur. Le malade est sorti à la fin de mars.

Obs. DCIV. — *Polype muqueux des fosses nasales. Ablation. Guérison.* — Jarnier (Joseph), vingt-trois ans, ébéniste, entre le 5 août 1882 au n° 2 de la salle Sainte-Marthe. Bonne santé habituelle ; père et mère bien portants. Depuis près de dix mois il a commencé à éprouver de l'enchifrènement, puis deux mois après le début, la respiration par la narine gauche s'est trouvée difficile; comme il ne ressentait que de la gêne, il ne s'en préoccupa pas beaucoup. Mais il y a trois mois, respirant à peine par la narine gauche et s'apercevant que sa voix était nasonnée, il alla consulter un médecin qui ne trouva rien.

Enfin il s'est aperçu, il y a deux mois, en examinant la narine avec son doigt, qu'il y avait une petite tumeur.

État actuel. — Dans la narine gauche est une tumeur de très petit volume s'étendant au dehors jusqu'à l'orifice de la narine. Ce polype a tout à fait la consistance du tissu muqueux. Il refoule un peu la cloison et rétrécit ainsi la narine du côté opposé. En portant le doigt dans la bouche pour explorer la cavité des fosses nasales, on sent très bien la tumeur qui vient faire saillie à l'orifice postérieur.

Le malade ne souffre pas, mais cette difficulté de respirer par le nez le gêne beaucoup.

7 *août.* — Avec une pince ordinaire, nous saisissons le polype et avec quelques légers mouvements de torsion nous arrivons facilement à en faire l'ablation.

14. — Guérison. Sortie.

Obs. DCV. — *Fibrome de la fosse nasale gauche implanté sur la paroi supérieure de la fosse nasale droite. Ablation par la voie nasale. Mort par hémorrhagie le septième jour.* — Brunel, trente et un ans, cultivateur, entre le 5 février 1881, salle Sainte-Marthe. Sujet fortement constitué, sans antécédents héréditaires ou pathologiques. Depuis six ans, sensation de gêne et de plénitude dans les fosses nasales; respiration difficile : ronflement pendant le sommeil. Dans les derniers temps la pyramide nasale s'est déviée à droite: épistaxis répétées. Gêne de la déglutition.

Etat actuel. — La déformation extérieure porte entièrement sur la pyramide nasale qui est déjetée à droite en totalité. Les narines sont aplaties, très rapprochées de la cloison. L'examen des fosses nasales (à la vue, au spéculum nasi, au cathéter) montre que la fosse nasale gauche est complètement obstruée par une tumeur d'une coloration d'un rouge vif, très vascularisée, saignante au moindre contact. Cette tumeur est solide, dure, de consistance fibreuse. La cloison nasale offre la déformation en S. Elle présente une première déviation à convexité tournée à gauche, et une déviation postérieure à convexité tournée à droite. L'examen pharyngien pratiqué avec l'index montre que l'arrière-cavité des fosses nasales est comblée par la tumeur qui masque l'orifice de la trompe d'Eustache et prend un point d'implantation à ce niveau. Lorsque la bouche est ouverte on voit que le voile du palais est refoulé en bas, particulièrement dans sa moitié droite. Pas d'ulcération de la muqueuse buccale, pas d'exophthalmie, les maxillaires supérieurs sont sains extérieurement. Rien dans les ganglions parotidiens, sous-maxillaires ou péri-pharyngiens. Les viscères sont sains. Les troubles fonctionnels qui ont accompagné le développement de la tumeur sont aujourd'hui à leur comble : épistaxis répétées et abondantes au point de plonger le malade dans un état de faiblesse et d'anémie extrêmes.

5 *février*. — Chloroforme. Malade dans le décubitus dorsal, la tête soulevée par des alèzes : pincement préventif de la lèvre supérieure, des ailes du nez et de la cloison. Incision médiane et verticale à l'aide des ciseaux et du bistouri. Nous disséquons les parties molles de la joue gauche afin de les faire attirer en haut et en dehors. L'orifice des narines étant complètement obstrué par suite de la déviation de la cloison, nous l'agrandissons aux dépens de cette cloison de la paroi externe de la fosse nasale gauche, en nous servant des pinces coupantes et du davier. Lorsque la voie d'accès est suffisante, nous attaquons la tumeur par morcellement à l'aide de cuillers coupantes. Cette partie de l'opération est rendue difficile par l'extrême dureté du tissu morbide et par la grande vascularité de chaque nouvelle ablation partielle, des aides épongent le sang qui masque le champ de l'opération. Nous avançons néanmoins rapidement, des parties antérieures à la partie postérieure, en ménageant le plus longtemps possible, comme nous le faisons toujours en pareil cas, le bouchon qui obstrue l'orifice postérieur des fosses nasales et qui forme une barrière naturelle au sang. Lorsque la fosse nasale gauche est complètement évacuée, nous reconnaissons que l'implantation de la tumeur se fait sur toute l'étendue de la paroi supérieure des fosses nasales, et jusqu'au voisinage du trou occipital, et qu'elle adhère intimement à la lame criblée de l'ethmoïde, à la face inférieure du sphénoïde et à l'apophyse basilaire. D'énormes trousseaux fibreux descendent verticalement de cette surface d'insertion dans l'épaisseur de la tumeur. Nous ruginons avec soin toutes ces surfaces osseuses et nous constatons que la lame criblée a été refoulée en haut dans la cavité crânienne. La tumeur envoie un prolongement dans la fosse nasale droite ; nous le poursuivons et nous reconnaissons qu'il pénètre dans le sinus maxillaire droit par son orifice interne. Nous élargissons cet orifice à l'aide des pinces coupantes et nous voyons que la cavité du sinus est remplie par ce prolongement, qui toutefois n'adhère pas aux parois. Nous l'enlevons complètement par voie de morcellement comme pour le reste de la tumeur. Ceci fait nous terminons l'opération en enlevant le bouchon postérieur. Nous exerçons à l'aide d'une éponge une compression de quelques minutes sur les surfaces saignantes. — Suture à l'aide de douze fils métalliques.

Examen de la tumeur. — C'est bien un polype fibreux naso-pharyngien. La tumeur était remarquable par sa grande vascularité, sa dureté excessive, la largeur de son implantation, l'existence des tractus fibreux qui partis de cette implantation descendaient dans la tumeur.

L'examen histologique y a dénoté des culs-de-sac glandulaires peu nombreux et du tissu conjonctif contenant un grand nombre de noyaux.

Quatre heures après l'opération, le malade a saigné ; du sang est tombé dans le pharynx et a été rejeté par vomissement. On soulève

le lambeau facial suturé et on place à l'orifice postérieur des fosses nasales deux éponges maintenues par des fils, pour empêcher l'écoulement de sang.

6. — Le malade va bien. On retire les éponges et les pinces hémostatiques laissées en place.

7. — On enlève les sutures, ne laissant qu'un point au lobule du nez et un au bord inférieur de la lèvre. Les orifices des points de suture saignent abondamment.

8. — On ôte les derniers points de suture ; ils saignent encore.

9. — Le malade va bien. La réunion de la peau est faite, l'appétit est bon. Pas d'hémorrhagie.

10. — A cinq heures du matin, hémorrhagie abondante, l'infirmier a immédiatement placé une éponge dans les fosses nasales et, pour ce faire, a désuni la lèvre. L'interne de garde arrive, place dans les fosses nasales trois éponges tenues par des fils et fait une piqûre d'ergotine. L'hémorrhagie s'arrête.

11. — Pas d'hémorrhagie : on retire les éponges placées dans les fosses nasales. Le malade est extrêmement affaibli.

12. — A quatre heures du matin nouvelle hémorrhagie. L'interne de garde place une éponge dans les fosses nasales et fait mettre de l'eau glacée sur le nez.

A dix heures on retire l'éponge, le malade ne pouvait la supporter et s'agitait un peu, il était extrêmement faible. L'hémorrhagie recommence. On introduit un chapelet de petites éponges dans les fosses nasales, l'hémorrhagie s'arrête un peu, mais le malade, extrêmement anémié, succombe à onze heures.

Obs. DCVI. — *Inflammation du sinus maxillaire droit avec symptômes de rétention intermittente. Carie dentaire. Ablation des dents malades. Guérison.* — Billard, trente-quatre ans, 28 mars 1881 (externe). — Il y a cinq mois, rougeur du nez et de la région malaire droite ; a persisté jusqu'à aujourd'hui. De plus, tantôt la malade présente une sécheresse considérable de la narine droite qui devient pulvérulente : à ce moment la région maxillaire supérieure est rouge, tuméfiée, douloureuse, tantôt au contraire cette sécheresse fait place à un écoulement chaud de mucosités claires et qui tombent pour ainsi dire en quantité assez notable et par intervalles rapprochés : alors la tuméfaction et le gonflement de la région maxillaire disparaissent en même temps que la malade se trouve soulagée.

Actuellement. — Outre les symptômes précédents, on trouve la canine supérieure droite et l'incisive voisine entièrement cariées. Nous en conseillons d'abord l'extirpation : elles sont enlevées le 28 mars.

6 *avril.* — La malade revient nous voir : elle se déclare absolument guérie. Rien d'anormal en effet ne se fait remarquer du côté des régions autrefois malades.

IV. — *Appareil de la gustation.*

L'observation DCVII a trait à une affection extrêmement rare : un abcès froid de la langue. Elle a déjà fait le sujet d'une leçon (voy. t. IV, p. 77.) aussi nous bornerons-nous à dire quelques mots à propos de la difficulté du diagnostic.

Sauf la consistance mollasse et vaguement fluctuante, tous les caractères étaient négatifs. Il n'existait ni les phénomènes inflammatoires qui accompagnent les abcès chauds, ni la teinte jaunâtre que donnent par transparence les lipomes et certains kystes à contenu sébacé, ni la teinte bleuâtre des kystes séreux, muqueux ou hydatiques. D'autre part, en raison de la marche spéciale de la tumeur, et de ses autres caractères, il n'y avait pas lieu de penser à une tumeur maligne, et l'absence de tout antécédent syphilitique écartait l'idée d'une gomme ramollie. L'absence de douleur de vascularisation anormale, la fluctuation nous firent immédiatement admettre l'existence d'un abcès, mais l'incision exploratrice pouvait seule confirmer le diagnostic. Les caractères du pus nous firent craindre l'existence de tubercules, et par précaution nous réséquâmes la membrane granuleuse qui formait les parois de l'abcès.

L'observation DCVIII (ulcération de la langue) est également des plus intéressantes au point de vue du diagnostic : l'aspect de l'ulcération, et surtout la base d'induration, la présence d'une plaque de leucoplasie à la face interne de la joue gauche, et une adénopathie sus-hyoïdienne, faisaient songer à une ulcération épithéliale : mais au niveau de cette ulcération il y avait des dents profondément cariées, érodées, et entourées de tartre dentaire, à la face interne de la joue droite était une autre ulcération plus petite correspondant également à des dents saillantes : or l'épithélioma est toujours unique, de plus l'origine dentaire très nette pour l'ulcération de la joue pouvait être admise aussi bien pour celle de la langue.

Restait l'hypothèse de la nature syphilitique de l'affection ; mais si la multiplicité est l'apanage des ulcérations

tertiaires, elles siègent presque exclusivement sur la langue ; de plus leur base n'est pas aussi largement indurée, enfin il n'y a pas d'adénopathie. Il nous semble donc qu'il s'agissait plutôt d'une ulcération due à la présence de chicots. Telle fut aussi l'opinion de notre collègue le professeur Fournier, dans le service duquel nous fîmes passer le malade. Ce n'est que trois mois après que la cicatrisation fut presque complète, et pendant ce temps il survint des signes de tuberculisation pulmonaire; aussi M. Fournier émit-il l'hypothèse d'une ulcération tuberculeuse.

A propos des quatre cas d'épithélioma de la langue où il y a eu lieu d'intervenir, nous rappellerons l'extrême efficacité de nos pinces hémostatiques pour faire l'hémostase préventive, et c'est là surtout qu'elle est utile. Nous avons à maintes reprises insisté sur sa technique, fort simple du reste (Voy. nos *Cliniques*, t. I, p. 20, et le mémoire de MM. Denys et Exsaquet, annexé au même tome, p. 32). Disons simplement qu'il faut trois pinces à longs mors : l'une transversalement en arrière de la tumeur, l'autre longitudinalement, en dedans du néoplasme, une troisième sous la langue, sur les gros vaisseaux qui y arrivent. Il n'y a plus alors à craindre l'hémorrhagie, et le bistouri ou mieux les ciseaux permettent d'enlever aisément le néoplasme.

Ajoutons que dans le cas où nous enlevons la totalité de la langue, nous faisons de chaque côté l'incision de la ligature de la linguale et nous mettons dessus, à travers l'hyoglosse, une petite pince hémostatique.

Deux de nos opérés ont succombé avec des accidents septicémiques, cause habituelle dans ces cas, et cela malgré des lavages antiseptiques fréquents. La mort est survenue chez l'un le septième et chez l'autre le neuvième jour.

Obs. DCVII. — *Abcès froid de la langue. Incision exploratrice : évacuation du pus et dissection de la membrane granuleuse. Guérison* (Pièce moulée et déposée au n° 595 de notre collection du musée Saint-Louis). (Cette observation a fait le sujet d'une clinique (V. t. IV, p. 77 et suiv.), mais comme elle n'y a pas été donnée dans tous ses détails, nous la reproduisons ici.) — Pagès (Rosalie), trente-cinq ans, se présente le

18 novembre 1882 à notre clinique. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. N'est pas d'une forte santé, s'enrhume facilement l'hiver : émaciation, anémie. Il y a quatre mois, sans causes connues, la partie latérale droite de la langue est devenue le siège de douleurs sourdes, continues, lancinantes, en même temps qu'apparaissait une tumeur qui atteignit son maximum de développement en quelques jours et resta ensuite stationnaire. Depuis, les douleurs ont disparu, mais la persistance de la tumeur, et les troubles fonctionnels qu'elle provoque, décident la malade à venir à l'hôpital.

État actuel. — La moitié latérale droite de la langue est déformée par une tumeur du volume d'une noix, régulièrement ovoïde, à grand axe antéro-postérieur, étendue d'avant en arrière du V des papilles à 2 centimètres de la pointe, et transversalement du bord droit à la ligne médiane. La surface est lisse, unie, sans bosselures. La muqueuse qui la recouvre est saine et ne diffère pas sensiblement par son aspect de celle des parties voisines. Au toucher la tumeur est bien limitée et comme enkystée dans l'épaisseur de la langue ; elle n'envoie pas de prolongement du côté du plancher de la bouche ou du côté de l'épiglotte ; sa consistance est molle et faussement fluctuante, comme celle de certaines collections liquides à parois épaisses. Rien dans les régions voisines ou éloignées. Rien dans les ganglions sous-maxillaires. Sommet des poumons douteux.

18 *novembre.* — Chloroformisation. La malade étant couchée sur notre lit d'opération dans le décubitus dorsal, la tête soulevée par des alèzes, les mâchoires maintenues écartées avec l'instrument de Luër, nous plaçons des éponges montées au fond du vestibule de la bouche afin d'empêcher la chute des liquides dans les voies aériennes. Nous faisons l'hémostasie préventive avec des pinces placées transversalement en arrière de la tumeur et sur la ligne médiane, puis nous attirons la langue au dehors et nous faisons avec le bistouri sur le bord droit de la tumeur une incision exploratrice qui donne issue à environ 30 grammes de pus verdâtre, mal lié, contenant des grumeaux caséeux. Afin d'éviter la récidive, en cas de tuberculose, nous disséquons la membrane granuleuse et nous l'enlevons. Nous faisons ensuite, avec des fils de soie, la suture des bords de l'incision, qui nous assure en même temps l'hémostasie.

La surface de la membrane sécrétante est bien organisée et couverte de granulations très vasculaires, mais il n'existe pas de tubercules, à la vue du moins.

Réunion par première intention et guérison en peu de jours.

Obs. DCVIII. — *Ulcération de la langue, probablement tuberculeuse. Guérison sans traitement spécifique.* — Schaufen (Alexandre), cinquante-trois ans, charron, entré le 14 janvier 1880. Salle Sainte-Marthe, n° 15. Pas d'antécédents cancéreux. Pas de maladies an-

térieures, si ce n'est une pleurésie à vingt-huit ans. Pas d'autres maladies vénériennes qu'un écoulement ayant duré quatre à cinq jours à l'âge de trente-neuf ans. Vers l'âge de trente ans il a perdu ses cheveux. Il a beaucoup fumé la pipe, surtout à tuyau court, depuis son adolescence; il a un peu chiqué. Depuis trois semaines il fume moins. Il y a trois mois et demi il a commencé à avoir trois boutons sur le bord de la langue près de sa pointe, à gauche. Ces boutons étaient comme des lentilles. L'un d'eux a été écorché, dit-il, par le contact des dents, il en est résulté une ulcération qui s'est accrue de plus en plus.

Etat actuel. — Sur le bord de la langue, à gauche de la ligne médiane, existe une ulcération de la largeur d'un centimètre et demi et qui présente à peu près la même dimension verticale. Elle a la forme triangulaire à base inférieure. Les bords supérieurs (antérieur et postérieur) sont rectilignes, saillants, taillés à pic et même très légèrement décollés. Le bord inférieur n'est pas saillant. Le fond est grisâtre, hérissé de très petits mamelons rouges ressemblant à de petits bourgeons charnus. Il ne saigne jamais. Au-dessous de l'ulcération existe une zone d'induration encore assez souple et très peu étendue. A la face interne de la joue gauche, il y a, près de la commissure, une plaque blanchâtre formée par une altération de l'épithélium; cette plaque a une étendue de 1 centimètre carré. A la face interne de la joue droite près de la commissure, un peu au-dessous, on voit une petite ulcération à fond grisâtre, à bords taillés à pic. Elle correspond à des dents saillantes de la mâchoire inférieure. Au-dessus de la commissure labiale et correspondant aux dents de la mâchoire supérieure on voit une petite ulcération profonde semblable à la précédente, à bords taillés à pic et même un peu décollés. Au niveau de la commissure droite elle-même la muqueuse est blanchâtre, son épithélium forme des plaques confondues les unes avec les autres comme chez les fumeurs invétérés. La commissure est de plus occupée par une petite bride qui paraît être le résultat d'une cicatrice ancienne. L'état des dents est mauvais, elles sont couvertes de tartre. Au niveau de l'ulcération linguale il y a trois dents (incisive, canine et première molaire) qui font saillie, mais ne présentent aucune aspérité coupante, le malade les ayant fait limer deux fois (il y a deux mois et demi et il y a trois semaines) parce qu'elles lui faisaient mal à la langue.

A la région sus-hyoïdienne du côté gauche entre la grande corne de l'os hyoïde et la mâchoire existent quelques ganglions indolents peu volumineux. Sur les jambes, autour des genoux et à la partie inférieure de la cuisse existent des cicatrices blanches attribuées à un coup de hache et à des morsures de chien.

Nous pensons à des ulcérations par chicots et tabac. Notre collè-

gue Fournier formule aussi ce diagnostic, en faisant une réserve pour la syphilis. Le malade passe dans son service le 3 février 1881.

En mai 1881 l'ulcération est presque cicatrisée sans traitement antisyphilitique. Mais vu l'existence de lésions pulmonaires qui sont survenues, notre collègue est arrivé à la considérer comme de nature tuberculeuse.

Obs. DCIX. — *Epithélioma de la langue. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Augé (Adrien), soixante ans, ajusteur, entre le 9 août 1881, au n° 6 de la salle Saint-Augustin. Depuis dix-sept mois, il porte sur le bord droit de la langue, à un centimètre et demi de la pointe, un bouton qui au début était de la grosseur d'une lentille et n'a jamais dépassé le volume d'un pois. Ce bouton, sans être douloureux, était très gênant pour parler, mais plus encore quand il mangeait. Au mois de juin seulement, ce bouton s'est ulcéré en gagnant principalement la face dorsale de la langue. Un médecin consulté y déposa une poudre, très vraisemblablement une poudre caustique, mais qui n'empêcha pas, dit le malade, l'ulcération de s'étendre.

Aujourd'hui. — Elle présente une surface égale à celle d'une pièce de 50 centimes. Elle est irrégulière dans sa forme quoique se rapprochant de celle d'un cercle. Les bords sont déchiquetés, taillés à pic, indurés. Le centre de l'ulcération est noirâtre, saignant, surtout dans la partie la plus rapprochée de la face dorsale. Les douleurs sont peu vives, si ce n'est pendant la mastication des aliments. Les ganglions sous-maxillaires sont hypertrophiés et indurés.

11 *août.* — Anesthésie. Au moyen de deux pinces on fait l'hémostasie préventive et, saisissant la partie malade de la langue avec une pince de Museux, on enlève largement avec le bistouri. Les pinces sont laissées quelques heures en place.

12. — Le malade a souffert toute la journée et une partie de la nuit. Fièvre légère. Céphalalgie.

Rien à noter pendant les jours qui suivent l'opération, et la cicatrisation se fait rapidement. — 29. Guérison. Sortie.

Obs. DCX. — *Cancroïde de la langue. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Louazon (Jules), soixante-trois ans, homme de peine, entré le 22 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. Bonne santé habituelle, pas d'antécédents pathologiques. En 1879 il a remarqué sur le bord gauche de la langue à 1 centimètre et demi de la pointe, un petit bouton qui ne lui causait aucune gêne, mais l'agaçait beaucoup. Pendant près de deux ans, ce petit bouton n'a pas changé d'aspect, mais au commencement de cette année, sa surface s'est fendillée, et ulcérée ; il est devenu douloureux et a gagné en profondeur et en étendue. Lorsque le malade mange, il souffre beaucoup.

A son entrée. — On trouve à 1 centimètre et demi de la pointe de

la langue sur le bord droit une petite tumeur ulcérée. Les bords de cette ulcération sont indurés, inégaux, son fond est saignant et grisâtre. Rien du côté des ganglions.

25 *novembre.* — Anesthésie. Hémostasie préventive au moyen de deux pinces qui circonscrivent la tumeur. Ablation large avec le bistouri.

10 *décembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCXI. — *Epithélioma de la langue. Adénopathie. Pas d'opération.* — Potolas (Pierre), cinquante ans, journalier, entre le 7 janvier 1881, au n° 73 de la salle Saint-Augustin. Bonne santé habituelle. Au mois de septembre dernier (il y a quatre mois), il a senti une douleur au côté gauche de la langue, pendant la mastication, bien qu'il n'ait plus de dents de ce côté depuis quinze ans et ne fume que la cigarette. En même temps apparut une tumeur qui augmenta bientôt au point d'obliger le malade à maintenir la bouche à demi ouverte. Vers le 1er décembre, cette tumeur s'ulcéra et du même coup diminua de volume. Mouvements de langue gênés : pendant les repas et surtout la nuit, douleurs assez vives retentissant dans l'oreille et la moitié gauche de la tête : sommeil troublé de plus par l'écoulement incessant de la salive. Amaigrissement notable, teinte jaune.

Etat à l'entrée. — Tumeur occupant exactement la moitié gauche de la langue et s'étendant de la pointe au pilier antérieur du voile du palais. Elle double de volume le côté de la langue qu'elle occupe. De plus une ulcération fongueuse a envahi tout le bord externe et la face inférieure de l'organe, s'étendant même sur le plancher de la bouche et gagnant la gencive. Le fond est rempli de détritus noirâtres, gangréneux. Elle est le siège d'hémorrhagies fréquentes et assez abondantes, surtout la nuit. Au toucher, l'induration est caractéristique. Les ganglions sous-maxillaires sont pris ainsi qu'un ganglion cervical de la gaine du sterno-mastoïdien. — Chlorate de potasse. Badigeonnages avec une solution au 15e de chloral.

Les douleurs disparaissent en partie : les hémorrhagies sont moins fréquentes, mais le néoplasme présente une marche rapidement envahissante, l état général s'empire, et le malade, ayant été gardé en observation pendant quelque temps, sort le 28 janvier. L'opération ne nous paraissait pas avantageuse pour lui.

Obs. DCXII. — *Cancer de la langue. Opération. Mort. Infection purulente probable.* — Anel (Rose), cinquante-huit ans, couturière, entre le 1er mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 49. Pas d'hérédité. Douleurs vives névralgiques dans la tête et migraines depuis longtemps. Pas de rhumatismes. Pas de syphilis. Il y a au moins deux ans, la malade a vu se former sur le bord droit de la langue une petite peau blanche. Plusieurs cautérisations ont été faites et il y a eu récidive. Peu à peu il s'est formé dans la langue une induration

qui s'est ulcérée à une époque que la malade ne peut préciser. La gêne est très grande pour manger. A la tumeur, c'est-à-dire du côté gauche, elle a une sialorrhée assez abondante. Depuis longtemps elle souffre de douleurs intolérables qui vont jusque dans l'oreille droite. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagies spontanées. Traitement prolongé à l'iodure de potassium : nul résultat.

Actuellement. — On voit à la partie antérieure du bord droit de la langue une surface ulcérée saignant un peu si on la palpe, longue de 5 centimètres et haute de 3. Cette ulcération repose sur une base indurée, mais l'induration ne paraît pas gagner profondément dans la langue. Depuis un mois la tumeur aurait pris un accroissement rapide. Il n'y a pas de ganglions sous-maxillaires ni cervicaux indurés.

7 *mai.* — Anesthésie. Hémostasie préventive et ablation de la tumeur suivant notre procédé habituel. Les pinces sont laissées en place vingt-quatre heures, et le lendemain, lorsqu'on les retire, il ne coule pas une goutte de sang. Plusieurs points des bords de la plaie sont sphacélés.

L'état général de la malade reste bon jusqu'au 15 mai ; à ce moment elle eut quelques frissons et des envies de vomir. La nuit a été absolument sans sommeil.

16 *mai.* — Douleurs disséminées : abattement, pâleur. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne droite existe une rougeur mal limitée étendue sur une surface de 2 centimètres carrés, avec gonflement dans la même étendue. Sur la joue droite existent aussi des points rouges et tuméfiés. — Mort dans l'après-midi. — L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. DCXIII. — *Cancer de la langue. Ablation. Mort subite.* — Gaudon (Jean), soixante-sept ans, artiste dramatique, entre le 30 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle, pas de maladies graves antérieures : fume peu, à peine la cigarette, quelquefois seulement le cigare.

Il y a quatre mois, il a commencé à souffrir de la langue qui est devenue maladroite, a augmenté de volume, puis s'est ulcérée.

Etat actuel. — La parole est fort gênée, la déglutition de même. La langue est le siège d'une ulcération qui a envahi la pointe d'abord : elle aurait commencé sur la moitié gauche, puis s'est étendue jusqu'au V lingual en se prolongeant encore au delà du côté gauche. Un ganglion sous-maxillaire moyen gauche est engorgé.

30 *juillet.* — Le malade est anesthésié. La tumeur est circonscrite au moyen de longues pinces courbes qu'on laisse à demeure, puis la pointe et la moitié gauche sont enlevées aussi bien que possible. On laisse ces pinces à demeure. Nous faisons ensuite l'incision comme pour la ligature de l'artère linguale gauche et saisissons cette artère

dans une pince à travers l'hyoglosse. La pince est laissée à demeure. Par l'incision on enlève le ganglion atteint. — Lavages à l'alcool étendu d'eau dans la journée ; deux pilules de 5 centigrammes d'opium le soir. Sulfate de quinine.

La nuit est assez bonne malgré la douleur vive causée par les pinces, surtout celle de la linguale. Cette douleur gêne beaucoup la déglutition des liquides.

31. — On enlève toutes les pinces ; pas d'hémorrhagie. La dysphagie est considérable, le malade peut à peine avaler quelques gouttes de liquide.

Cette dysphagie dure encore les jours suivants. On cherche à introduire une sonde œsophagienne; on est obligé d'y renoncer à cause de la douleur très vive. Le malade parvient cependant à avaler par jour environ 1 litre de lait et 1 litre de bouillon. On continue les lavages toutes les heures environ pendant le jour ainsi que le sulfate de quinine. Quatre jours après l'opération, le malade se plaint d'un point de côté; il n'a pas eu de frissons. Il tousse beaucoup, la respiration est accélérée. Rien à la percussion, râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Cette bronchite ne fait qu'augmenter les jours suivants sans qu'on puisse rencontrer des points du poumon plus spécialement atteints. La dysphagie cède peu, il y a de la fièvre le soir. Le pouls monte à 120° et la température à 39°. Pas de frissons : très mauvais état général, pas de diarrhée.

6 *août*. — Dans l'après-midi, alors que les symptômes semblaient s'amender un peu, il meurt subitement en parlant à un de ses parents. — L'autopsie n'a pu être faite.

CHAPITRE VII

MALADIES DES VAISSEAUX

(SYSTÈMES ARTÉRIEL, VEINEUX ET LYMPHATIQUE)

Vingt et une observations :

Angiomes	7
Anévrysmes	4
Thromboses veineuses	2
Varices	1
Ulcères variqueux	4
Tumeurs lymphadéniques	3

Chez six de nos malades atteints d'*angiome* (obs. DCXIV, DCXV, DCXVII, DCXVIII, DCXIX, DCXX), nous n'avons pas craint, suivant notre procédé habituel du reste, d'employer l'instrument tranchant ; grâce à nos pinces hémostatiques, l'hémorrhagie n'est pas à redouter. Mais c'est dans l'observation DCXVI que celles-ci nous ont été utiles, eu égard à l'immense étendue de la tumeur érectile. Ici nous avons préféré le thermo-cautère au bistouri. De plus, nous n'avons attaqué qu'une partie de la tumeur. Cette première tentative avait été suivie d'un plein succès, qui faisait espérer une cure radicale ; malheureusement les parents n'ont pas ramené l'enfant. Ajoutons que cet angiome de la lèvre inférieure se rapproche de celui que nous avons relaté et figuré dans le tome I de nos *Cliniques* (*Appendice*, p. 34, fig. 9).

L'observation DCXVII est intéressante au point de vue de la nature de la tumeur, de son siège et du procédé opératoire qui a été employé pour en pratiquer l'ablation. Le diagnostic ne présentait pas de difficultés. Nous avions en effet

assisté aux débuts du mal et les symptômes que nous observions ne permettaient pas de méconnaître la nature érectile de la tumeur. Toutefois il importait de déterminer si nous avions affaire à un angiome artériel, veineux, capillaire ou mixte. L'angiome artériel se développe dans l'épaisseur du derme, il est entouré d'artérioles dilatées et sinueuses qui viennent se perdre dans la tumeur, sa coloration est rosée, il est animé de mouvements d'expansion et d'affaissement et de battements isochrones à ceux du pouls. La tumeur qui nous occupe n'offrait pas ces caractères. L'angiome veineux se développe plutôt dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Il communique avec les veines, offre une coloration bleuâtre ou violacée et ne mérite pas le nom de tumeur érectile au même titre que le précédent. Notre tumeur se rapprochait de cette variété par son siège, l'absence de battements et la présence de quelques veinules dilatées dans l'épaisseur du derme. Toutefois elle ne présentait pas la teinte bleuâtre ou violacée si caractéristique des tumeurs veineuses. Quant à l'angiome capillaire qui peut être le point de départ de l'une des variétés précédentes, il est d'ordinaire plus superficiel et moins étendu en profondeur. Il offre l'aspect de taches rosées connues sous le nom de *nævi materni*. La tumeur qui nous occupe appartenait manifestement, à son début, à cette variété, mais à la longue ces caractères se sont modifiés de façon à se rapprocher de ceux des angiomes veineux.

Le traitement des tumeurs vasculaires est variable suivant les cas. Tantôt il suffit de scarifications suivies de badigeonnages de perchlorure de fer, procédé qui nous a plusieurs fois réussi dans les cas d'angiome capillaire. Ailleurs, il devient nécessaire d'exercer la compression à la périphérie de la tumeur et de faire sous son épaisseur des injections coagulantes, etc. Dans le cas spécial qui se présentait à notre observation, nous pûmes recourir à un procédé plus radical et plus favorable à la restauration de la forme du nez. Après avoir fait autour de la tumeur l'hémostasie préventive, nous fîmes sur la ligne médiane du dos du nez une incision lon-

gitudinale comprenant à la fois la peau et toute l'épaisseur de la tumeur, dont nous disséquâmes ensuite chaque moitié suivant notre procédé de morcellement. Cette pratique nous permit de conserver intacts les téguments, de sorte qu'il n'y eut plus qu'à les réunir sur la ligne médiane à l'aide de quelques points de suture, pour que la guérison s'obtînt sans perte de substance et sans cicatrices difformes.

Les observations DCXVIII et DCXIX sont très intéressantes. Le diagnostic ne souffrait aucune difficulté, il suffisait d'examiner les tumeurs pour reconnaître qu'il s'agissait de dilatations veineuses. L'existence d'angiomes veineux localisés n'est pas exceptionnelle. Dans l'observation DCXVIII, la tumeur était développée sur le trajet de la veine jugulaire externe et adhérente aux vaisseaux. Ces rapports auraient pu faire redouter la destruction de la veine pendant l'opération. Mais la compressibilité et la réductibilité, qui avaient été observées à un moment donné, n'existaient plus lorsque nous vîmes la malade, ce qui nous faisait espérer que toute communication était interrompue entre l'angiome et la veine aux dépens de laquelle il avait pris naissance. L'opération confirma cette supposition. La tumeur fut disséquée sans que nous fussions obligé d'intéresser la jugulaire, le canal de communication s'étant oblitéré.

L'observation suivante DCXIX n'est pas sans analogie avec celle-là, bien qu'il n'y ait pas de rapport évident avec les gros vaisseaux de la région. La dissection a pu être faite comme s'il s'était agi d'un lipome. Une seule vésicule a donné du sang.

L'observation DCXI est un fait rare d'anévrysme spontané de la pédieuse. Nous avons employé ici la ligature au-dessus et au-dessous du sac avec ablation de celui-ci : c'est en somme la méthode de destruction du sac. C'est là, pensons-nous, un bon traitement, quoi qu'en dise Follin dans son *Traité de Pathologie chirurgicale* (t. II, p. 321), où il ne cite que deux cas ainsi traités, l'un de Purmann, l'autre de Chapel (de Saint-Malo). Nous comprenons du reste ce jugement à une époque où l'antisepsie était inconnue et où par conséquent on avait à craindre des suppurations diffuses.

L'observation DCXXII est à signaler à cause de la précocité de la phlébite ou de la thrombose veineuse des deux membres inférieurs, chez un sujet qui peu de temps après présenta des signes de tuberculose pulmonaire.

Obs. DCXIV. — *Tumeur érectile congénitale du front. Ablation large avec le bistouri. Suture du bord de la plaie.* — Neyraguet (Maria), neuf mois, est présentée à notre clinique le 27 mai 1882. Enfant bien constituée. A l'âge de trois semaines, les parents ont remarqué à la partie supérieure du front une tache rosée du volume d'une lentille : développement assez rapide.

Etat actuel. — La région frontale est déformée par une tumeur située sur la ligne médiane, à la naissance des cheveux, bien limitée, régulièrement circulaire, de 2 centimètres et demi de diamètre, convexe en verre de montre, formant un relief de 1 centimètre à sa partie centrale. La surface est rouge-vineux, et a l'aspect granuleux d'une framboise. Cette tumeur est développée dans l'épaisseur de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte au toucher, elle est mollasse, réductible, animée de battements isochrones à ceux du pouls. Pendant les cris et les efforts, elle devient violacée et turgescente. Pas de vaisseaux dilatés, appréciables à la périphérie. Rien dans les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires. Rien d'analogue sur les autres parties du corps. Viscères thoraciques et abdominaux sains. Etat général satisfaisant.

27 *mai.* — Chloroformisation. A l'aide du bistouri, nous circonscrivons la tumeur par deux incisions semi-elliptiques à grand axe vertical, et dépassant la profondeur du tissu morbide. Nous disséquons ensuite la tumeur par sa face profonde. Pendant toute la durée de l'opération un aide exerce une bonne compression en faisant autour de la tumeur une couronne avec ses doigts. Pour réunir les bords de la plaie, nous les transfixons d'abord à leur partie moyenne par une épingle sur laquelle nous jetons un fil. Nous faisons ensuite la suture avec cinq petits fils métalliques, après quoi nous enlevons l'épingle. — Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe, la tumeur apparaît formée par un tissu érectile caverneux de teinte noirâtre, comme si les vaisseaux dilatés contenaient du sang coagulé.

Le sixième jour, nous retirons les fils à suture : la réunion est complète sur toute l'étendue de la petite plaie. Etat général excellent. — N'a pas été revue.

Obs. DCXV. — *Tumeur érectile artérioso-veineuse de la lèvre inférieure. Ablation par le bistouri. Guérison.* — Didou (Marie), dix mois, est apportée à notre clinique le 25 février 1882. Elle portait à la nais-

sance au milieu du bord cutanéo-muqueux de la lèvre inférieure une tache vineuse du diamètre d'une lentille.

Il y a deux mois, on a fait avec le bistouri une incision qui a donné issue à du sang. Depuis, la tumeur s'est étendue de proche en proche et a fini par envahir toute l'épaisseur de la lèvre.

Etat actuel. — La lèvre inférieure est déformée par une tumeur du volume et de la forme d'un petit œuf de poule à grand axe transversal, étendue d'une commissure à l'autre. La lèvre renversée en dehors retombe au devant de la symphyse du menton. La muqueuse jusqu'au cul-de-sac gingivo-labial, le rebord cutanéo-muqueux et la peau de la lèvre offrent une teinte bleuâtre qui rappelle celle des angiômes veineux. Du côté de la peau on voit en outre une ligne blanchâtre cicatricielle, trace de l'ancienne incision. Pendant les cris et les efforts, la tumeur devient turgescente : elle se fonce en couleur. Au toucher : mouvements d'expansion et d'affaissement peu marqués, battements faibles isochrones avec ceux du pouls. La tumeur est partiellement réductible par la pression : consistance spongieuse, mollasse des angiomes caverneux. Pas de gros vaisseaux dilatés au pourtour de la tumeur. Rien dans les ganglions. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Etat général satisfaisant.

25 *février.* — Chloroforme. Pincement préventif : deux incisions semi-elliptiques se regardant par leur concavité et se rejoignant par leurs extrémités circonscrivent la muqueuse dégénérée. Dissection de la tumeur sous la peau et sous la muqueuse. Excision du tissu morbide. Réunion de la plaie et suture à l'aide de 6 fils métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

28. — Les sutures sont enlevées et les bords de la plaie sont maintenus en contact par des bandelettes collodionnées.

11 *mars.* — Réunion complète; la lèvre a sa forme normale.

17. — La cicatrisation est réellement parfaite.

Obs. DCXVI. — *Vaste angiôme artérioso-veineux envahissant la moitié gauche de la nuque, le pavillon de l'oreille, les régions parotidienne et maxillaire inférieure du même côté, la lèvre inférieure et une partie de la région parotidienne droite. Destruction d'une partie de la tumeur par le thermo-cautère.* — Bernard (Juliette), dix mois, est apportée à notre clinique du 25 février 1882. Cette enfant portait à la naissance des taches vineuses occupant les régions parotidiennes, la lèvre inférieure et la partie gauche de la nuque. A partir du second mois, ces taches ont commencé à se développer dans tous les sens; plusieurs ont fini par se réunir pour former une vaste tumeur qui fait tous les jours de nouveaux progrès.

Etat actuel. — La face offre un aspect hideux; une large tumeur de coloration vineuse violacée recouvre tout le pavillon de l'oreille gauche, la région mastoïdienne, la moitié correspondante de la nuque

jusqu'au voisinage de l'omoplate, la région parotidienne, la branche montante et le corps du maxillaire inférieur dans sa moitié gauche sans solution de continuité. La lèvre inférieure est complètement déformée par une tumeur de même aspect et de même nature. La joue gauche présente deux taches semblables ayant chacune le volume d'un pois et situées, l'une au milieu du sillon naso-jugal, l'autre au niveau de la fosse canine. La moitié supérieure de la région parotidienne droite est masquée par une tache ovalaire identique aux précédentes et mesurant 5 centimètres de hauteur sur 3 de largeur. Toutes ces tumeurs forment au-dessus des parties saines un relief variant d'un demi-centimètre à 1 centimètre et demi d'épaisseur. Elles sont elles-mêmes couvertes de saillies formées par des vaisseaux dilatés et veineux. Dans tous les points envahis la peau est totalement dégénérée, transformée en tissu spongieux ou caverneux. Le pavillon de l'oreille, particulièrement, est altéré dans sa structnre et dans sa forme. Le lobule se continue avec les téguments des régions parotidienne et mastoïdienne, sans ligne de démarcation, par suite du développement considérable du tissu morbide à ce niveau. La cavité de la conque est comblée, l'orifice externe du conduit auditif est en partie obstrué, l'hélix et l'anthélix sont placées sur le même plan : en un mot, les saillies et dépressions normales sont masquées par les prolongements de la tumeur. La lèvre inférieure offre une altération plus avancée : elle est renversée en dehors sous forme d'un gros bourrelet cylindrique de 3 centimètres et demi de diamètre, étendu d'une commissure à l'autre. Toutes les parties malades deviennent turgescentes au moment des cris et de l'effort. Elles sont animées de mouvement d'expansion et d'affaissement et de battements isochrones à ceux du pouls. Au toucher, leur consistance est pâteuse, mollasse : elles sont compressibles et partiellement réductibles. L'état général est peu satisfaisant : enfant maigre et chétive. Bronchite.

25 *février*. — Chloroformisation. L'étendue des désordres et la faiblesse de la petite malade ne nous permettant pas d'attaquer du même coup toutes les parties malades, nous limitons l'opération à la lèvre inférieure. Pour cela, après avoir fait l'hémostasie préventive à l'aide de longues pinces courbes, placées au niveau des commissures, nous plongeons la pointe fine du thermo-cautère, portée au rouge-cerise, dans l'épaisseur de la lèvre, à plusieurs reprises de façon à ce que les ponctions ignées soient à 1 centimètre et demi d'intervalle. Pansement avec des compresses imbibées d'eau fraîche. Pas d'hémorrhagie.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et au bout de vingt jours la lèvre était complètement guérie. Nous avions dit aux parents de nous ramener l'enfant, mais nous ne les avons pas revus.

Obs. DCXVII. — *Angiome veineux congénital du lobule médian du*

nez et de la sous-cloison. Ablation par le bistouri. Guérison. — Bonat (Blanche), neuf mois, est apportée à la clinique du 14 mai 1881. Cette enfant nous a été présentée à sa naissance. Elle portait alors à l'extrémité du lobule médian du nez deux petits points rouges superficiels, offrant plutôt l'aspect d'ecchymoses que de nævi. Comme elle était fort chétive, nous crûmes devoir ajourner l'opération et nous conseillâmes aux parents de nous la ramener à bref délai. Ceux-ci attendirent bien au delà du terme que nous leur avions fixé et les désordres évoluèrent avec rapidité. Les deux taches, qui n'occupaient que les couches superficielles du derme, se sont réunies au bout d'un mois, puis elles sont devenues le point de départ d'une tumeur à progrès incessants.

Etat actuel. — Le nez est déformé par une tumeur surajoutée au lobule médian et s'étendant latéralement jusqu'aux sillons qui séparent les ailes de ce lobule, supérieurement jusqu'au bord inférieur des os propres, inférieurement jusque dans l'épaisseur de la sous-cloison. Son volume est égal à la moitié d'une noix ; sa forme est hémisphérique, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre a conservé son intégrité et sa coloration. Toutefois elle est parcourue par un fin réseau vasculaire de teinte lie-de-vin, à branches parallèles dirigées de haut en bas. La tumeur n'est pas animée de mouvements d'expansion et d'affaissement isochrones avec les battements du pouls. Au toucher, consistance spongieuse, mollasse, qui rappelle celle des angiomes veineux. Réductibilité partielle. Pas de battements artériels. Le prolongement inférieur ne dépasse pas la sous-cloison : les téguments internes des narines et la pituitaire sont indemnes. Rien dans les ganglions. L'état général est aujourd'hui des plus satisfaisants.

14 *mai.* — Chloroforme. Pincement préventif sur les ailes du nez et sur la sous-cloison. A l'aide du bistouri, nous faisons sur la partie médiane du dos du nez et de la tumeur une incision verticale comprenant du même coup la peau et toute l'épaisseur de la tumeur; nous prenons soin toutefois de ne pas atteindre le cartilage de la cloison. Il nous est alors possible d'attaquer successivement les deux moitiés de la tumeur suivant notre procédé de morcellement. Nous saisissons la lèvre droite de l'incision avec des pinces à dents de souris et nous disséquons minutieusement la peau qui recouvre cette moitié de la tumeur jusqu'à sa limite externe et supérieure, puis nous détachons la face profonde en ménageant les cartilages latéraux. Nous disséquons de même la moitié gauche de la tumeur et nous l'enlevons ainsi que le prolongement de la sous-cloison. — Sutures à l'aide de cinq fils métalliques. Pansement phéniqué.

Sur une coupe. — La tumeur présente l'aspect d'un tissu spongieux vasculaire à fines aréoles.

Réunion par première intention; le troisième jour, on enlève les fils, et le sixième jour, guérison.

Obs. DCXVIII. — *Angiome veineux développé sur le trajet d'une veine sterno-mastoïdienne. Ablation par le bistouri.* — Malingre (Alice), douze ans et demi, est présentée à notre clinique le 9 avril 1881. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Rougeole, coqueluche, épistaxis fréquentes. Il y a six mois, elle remarqua par hasard qu'elle portait dans la région sus-claviculaire gauche une tache bleuâtre, indolente, molle, à peine saillante ; un médecin appelé constata que cette tumeur, alors du volume d'un noyau de cerise, était développée sur le trajet de la jugulaire externe et qu'elle était réductible. Il pensa à une dilatation variqueuse de cette veine. Peu à peu les caractères se modifièrent en même temps que la tumeur augmentait progressivement de volume.

Etat actuel. — La région sus-claviculaire gauche est déformée par une tumeur, siégeant à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule et à égale distance du trapèze et du sterno-mastoïdien. Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, présente une coloration bleu foncé, presque noirâtre ; sa surface offre de petites bosselures ; au toucher, on sent qu'elle siège au-dessous du peaucier, qu'elle est développée sur le trajet d'une veine, qu'elle est molle, mais non réductible; elle n'adhère ni aux couches superficielles ni aux couches profondes. Douleurs irradiées aux branches du plexus cervical superficiel.

9 *avril.* — Chloroformisation à l'aide du bistouri, incision verticale longue de 3 centimètres et comprenant la peau, et le peaucier. La tumeur siège immédiatement au-dessus de l'aponévrose ; elle est située sur le trajet d'une veine dont elle paraît être un renflement. Après l'avoir isolée, nous plaçons une pince hémostatique au-dessous de la tumeur; nous lions la veine entre la tumeur et les pinces avec des fils de catgut, et nous enlevons la production morbide. Suture de la plaie à l'aide de deux fils métalliques; la malade retourne chez elle.

Obs. DCXIX. — *Angiome veineux congénital de la région sterno-claviculaire droite. Ablation par le bistouri. Guérison* (Pièce moulée et déposée au n° 530 de notre collection du musée Saint-Louis). — Mademoiselle Chenier, dix-neuf ans, se présente à la clinique le 25 février 1881. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphiliques. A la naissance, elle portait au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite deux taches brunes, angiomateuses, accolées par leurs bords et présentant chacune le diamètre d'une lentille. Après être restées stationnaires, ces productions ont commencé à se développer il y a quelques années.

État actuel. — La région sterno-claviculaire droite est déformée par une tumeur étendue transversalement de la ligne médiane du sternum à la partie moyenne de la clavicule et verticalement de 2 centimètres au-dessus de la clavicule, à 2 centimètres au-dessous de cet os. Sa forme est celle d'une moitié d'ovoïde à grosse extrémité interne, son volume est celui d'un œuf de poule. La peau qui la recouvre est soulevée par des dilatations veineuses, irrégulièrement disposées, rappelant l'aspect caractéristique d'un paquet de lombrics. Elle offre une coloration violacée et des marbrures vineuses. Il existe dans son épaisseur même des vésicules dilatées et variqueuses ; mais le réseau capillaire ne participe pas à la formation de la tumeur ; au toucher, celle-ci est mobile sur l'aponévrose et ne contracte avec la peau que de légères adhérences. Elle n'envoie pas de prolongements profonds. Sa consistance est molle, pâteuse. Elle est compressible et réductible. Lorsqu'on a exercé sur elle une pression, non seulement elle diminue de volume, mais encore sa coloration s'atténue ; elle devient bleuâtre. Lorsque la malade fait effort ou fléchit la tête sur le sternum, on observe des phénomènes inverses : la tumeur devient turgescente et prend une teinte violacée, noirâtre. Pas de bruits de souffle, pas de mouvements d'expansion et d'affaissement isochrones à ceux du pouls. Rien du côté des gros vaisseaux de la région. Rien dans les ganglions lymphatiques.

23 *juillet*. — Chloroformisation. A l'aide du bistouri, nous faisons au-dessous de la tumeur une incision semi-circulaire à concavité supérieure, nous disséquons la peau qui recouvre la tumeur en la conservant malgré les légères altérations dont elle est le siège. Puis nous reprenons la tumeur par sa face profonde et de bas en haut de façon à l'isoler de toute part. Une seule veine donne du sang et nous n'avons par conséquent à appliquer temporairement qu'une pince hémostatique. L'aponévrose a été respectée dans tous ses points. — Suture. Drain. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la pièce. — Pendant la dissection, il était facile de reconnaître le tissu aréolaire caractéristique des angiomes veineux. Après l'ablation, la tumeur étant affaissée et vide de sang ne représente plus qu'une masse spongieuse, comparable au tissu cellulaire dépourvu de graisse.

28. — Les sutures sont enlevées. Une partie de la peau qui recouvrait la tumeur s'est mortifiée dans l'étendue de 1 centimètre et demi : la plaie va d'ailleurs très bien.

14 *août*. — La plaie est réduite à une surface bourgeonnante de 2 centimètres carrés. La malade sort sur sa demande.

Obs. DCXX. — *Angiome de la mamelle. Ablation. Guérison. Récidive quatre ans plus tard* (Pièce moulée et déposée aux n° 566 (aspect du sein) et 568 (coupe de la tumeur) de notre collection du musée

Saint-Louis). — Thomas (Marie), trente ans, femme de chambre, entre le 25 mars 1880, salle Sainte-Marthe, n° 40. (L'obs. a fait le sujet de la cinquième leçon du t. IV de nos Cliniques, p. 97 et suivantes, nous y renvoyons le lecteur.)

Obs. DCXXI. — *Anévrysme de l'artère pédieuse gauche. Opération. Guérison.* — Jacquemin (Jules), trente-huit ans, déménageur. Entré le 31 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 14. Pas d'antécédents héréditaires : toujours bonne santé. Pas de syphilis ni de rhumatisme. Alcoolisme. Il y a environ trois mois, le malade commença à éprouver une douleur au pied gauche, un peu d'engourdissement surtout après avoir marché quelques instants. Au repos tout malaise disparaissait. Mais depuis un mois et demi, il voit se développer sur la face dorsale du pied gauche, siège des premières douleurs, une petite tumeur qui augmente de volume progressivement.

État actuel. — Petite tumeur du volume d'une noisette, sur la face dorsale du pied gauche, allongée, sur le trajet de l'artère pédieuse, avec battements isochrones au pouls, avec mouvement d'expansion et *thrill* sous la main, disparaissant presque complètement par la pression au niveau de la tumeur, augmentant légèrement en pressant au-dessus. État général bon : artères un peu dures sous le doigt. Rien au cœur.

4 *novembre.* — Chloroformisation. Dissection de la tumeur, ligature de l'artère au-dessus et au-dessous, et ablation de la poche anévrysmale. Lavage de la plaie avec l'acide phénique au vingtième. Drain. Pansement phéniqué.

Pansement renouvelé tous les jours. Un peu de suppuration.

17 *décembre.* — Guérison. Exeat.

Obs. DCXXII. — *Phlébite des deux membres inférieurs, au début de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.* — Dollian (Lucien), quarante-sept ans, tanneur, entre le 10 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 14. Assez bonne santé habituelle. Il y a trois semaines à un mois, le malade sentait un cordon dur le long de la cuisse gauche et éprouvait une douleur assez vive, surtout pendant la marche : pas de douleur au repos ; une fois échauffé, il pouvait marcher sans trop souffrir. La douleur et l'induration durèrent pendant huit jours, puis il se produisit de l'enflure de la partie supérieure de la cuisse, et enfin de l'œdème de la jambe. Jamais de rhumatisme.

Il fait un métier très dur, travaillant onze heures par jour, debout, la jambe droite supportant le poids du corps.

Etat actuel. — Plus de douleur à la pression dans la cuisse ; un peu de douleur à la pression dans le mollet, sur une longueur de 12 centimètres : coloration rosée, intense de tout le membre inférieur, surtout accusée à la face externe de la jambe, et disparaissant sur les parties internes et antérieures de la cuisse, consti-

tuée par une foule de dilatations capillaires. On sent très légèrement le cordon de la veine fémorale. Œdème depuis le cou-de-pied jusqu'au tiers de la cuisse.

20 *mai.* — Hémoptysie assez considérable : auscultation négative. — Potion avec teinture de digitale et perchlorure de fer.

21. — L'hémoptysie est arrêtée.

25. — L'hémoptysie s'est reproduite : râles sous-crépitants occupant toute la base et la fosse sous-épineuse gauche; les crachats sont visqueux et colorés en brun.

13 *juin.* — Douleur vive au mollet droit.

15. — La douleur a remonté à la cuisse droite, le long du trajet de la veine fémorale, surtout vers la partie médiane.

16. — Le malade n'a pas dormi depuis trois jours; douleur continue, sans élancement. Le membre inférieur droit demi-fléchi repose sur sa face externe, considérablement œdématié dans toute son étendue. Coloration normale : plus de dilatation veineuse. Un peu d'hydarthrose.

Dyspnée, point de côté persistant à gauche malgré un vésicatoire appliqué le 12 juin sans résultat.

11 *juillet.* — Le membre inférieur droit a considérablement diminué. A l'auscultation : souffle intense sous la clavicule droite, râles sous-crépitants.

A partir de ce moment jusqu'au 15 octobre, amaigrissement et accentuation des signes stéthoscopiques. Les jambes, par contre, sont à peine enflées. — Va à Vincennes.

Obs. DCXXIII. — *Phlegmatia alba dolens au cours d'une tumeur de l'abdomen. Guérison.* — Level, trente-cinq ans, entre le 6 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 36. Pas d'hérédité. A eu cinq enfants. En 1870, à la suite de son deuxième accouchement, elle a eu une pelvi-péritonite; depuis lors, chaque année, plusieurs poussées de pelvi-péritonite.

En 1881, tuméfaction du ventre qui atteignit presque le volume de celui d'une femme enceinte de neuf mois. En même temps apparaissaient des douleurs dans les reins et le côté gauche du ventre.

Le 25 octobre dernier, fausse couche de deux mois et demi, à la suite de laquelle elle a souffert pendant six semaines. La marche est devenue difficile; il y a habituellement de la constipation et un peu de gêne de la miction. Amaigrissement. Depuis trois jours, la malade éprouve, dans la cuisse droite, des douleurs qui se sont montrées d'abord en arrière, puis au niveau de l'aine.

Actuellement. — Il y a de la douleur vive à la pression au niveau de l'aine et du mollet gauche. Le membre inférieur est tuméfié, assez dur; les veines sont dilatées. L'abdomen est occupé par une tumeur qui remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Elle occupe tout le côté droit, et empiète sur la ligne médiane; la partie gauche de l'abdomen paraît libre. Cette tumeur est élastique, globuleuse, sans lobulation. — Repos : liniment et ouate sur la jambe douloureuse.

12. — Les douleurs dans la jambe sont moins fortes depuis hier.

17. — Douleur assez vive au-dessus de l'aine gauche. Cette douleur paraît siéger dans la veine iliaque externe.

20. — La jambe gauche est revenue à son état normal; mais il y a des douleurs, peu vives encore, dans la jambe droite, principalement au niveau du mollet.

26. — La douleur a disparu également à droite.

4 *février*. — Un peu d'enflure du pied gauche, et seulement quand elle est levée quelque temps : pas autre chose. — Exeat.

Obs. DCXXIV. — *Ruptures spontanées de varices : pansement compressif. Guérison.* — Boyer (Pierre), cinquante-six ans, polisseur, entre le 26 avril 1882, n° 73. Depuis 1868, il porte aux deux jambes, mais surtout à gauche, des varices qui forment des plaques de dilatations veineuses à la cuisse et à la jambe, le long de la saphène interne. Auparavant, il avait déjà quelques signes de varices profondes et en 1866, s'étant blessé à la partie inférieure de la jambe gauche avec un cordage, la plaie se transforma en ulcère qui guérit difficilement. Cet ulcère s'est rouvert il y a trois ans. Actuellement il existe en dedans de la jambe une large cicatrice pigmentée et sur les faces antérieures et externes, deux ulcérations arrondies et bourgeonnantes de la largeur d'une pièce d'un franc. Le 26 avril en voulant panser ces plaies et en arrachant le linge qui était adhérent, il provoqua la rupture d'une varice située sur la face externe de la jambe, au-dessus de la malléole, en un point où la peau est rougeâtre, lisse et amincie. Le sang est sorti en jet, et le malade en venant à l'hôpital a perdu beaucoup de sang. Des rondelles d'amadou et un pansement ouaté compressif suffisent pour arrêter l'hémorrhagie.

Depuis, celle-ci ne s'est pas reproduite; la petite plaie se cicatrise. Quant aux ulcères, nous les traitons par le repos et les compresses imbibées de vin aromatique : un peu plus tard bandelettes de diachylon.

10 *mai*. — Le malade quitte l'hôpital.

Obs. DCXXV. — *Ulcère variqueux et abcès de la jambe droite. Guérison.* — Trouillet (Jean), cinquante-quatre ans, journalier, entre le 4 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 10. Pas d'antécédents héréditaires. Jamais malade dans sa jeunesse. Début de varices à vingt-cinq ans : à cette époque il travaillait toujours debout. Il y a dix ans, à la suite d'un coup sur la jambe droite, il se forma un petit ulcère qui a toujours persisté depuis, et depuis un mois, il éprouve de vives douleurs au niveau du mollet qui est gonflé.

Etat actuel. — Ulcère variqueux avec tous ses caractères, de la

grandeur d'une pièce de 5 francs au moins; varices développées aux deux membres inférieurs, surtout au droit. Au mollet droit, il existe de la rougeur, et du gonflement assez limité, et à ce niveau on trouve de la fluctuation. Pas de ganglions inguinaux. Etat général bon. — Ouverture de l'abcès avec le bistouri : lavages phéniqués. Pansement avec charpie alcoolisée.

Pansement renouvelé tous les jours et le malade sort le 20 décembre 1801, guéri de son abcès.

Obs. DCXXVI. — *Ulcère variqueux. Pansement avec le vin aromatique; bandelettes de diachylon. Amélioration.* — Sarazin (Jérôme), soixante-deux ans, homme de peine, entre le 5 novembre 1882, n° 35, salle Sainte-Marthe. Homme très alcoolique, n'ayant jamais eu de maladies graves. Depuis plus de vingt ans, les deux jambes sont atteintes de varices, mais celles de la jambe droite sont beaucoup plus apparentes et l'ont forcé plusieurs fois à garder le repos. Il y a quinze jours, à la partie inférieure de la jambe droite, il s'est formé une ulcération dont il ne s'est pas préoccupé, et il a continué son métier qui l'oblige à marcher ou à être continuellement debout. Aussi la plaie s'est-elle étendue en surface, et la partie inférieure de la jambe et la plus grande partie de la face dorsale du pied se sont tuméfiées : le malade souffre beaucoup et ne peut marcher. — Pansement au vin aromatique. Repos absolu.

17 *novembre.* — L'ulcération a beaucoup diminué. Bandelettes de diachylon imbriquées; et le 22 : exeat.

Obs. DCXXVII. — *Ulcère variqueux de la jambe droite. Repos. Pansement avec le vin aromatique. Amélioration.* — Bertin (Eugène), quarante ans, mouleur, entre le 7 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 1. Depuis onze ans il porte des varices des deux jambes; l'année dernière il s'était produit un ulcère variqueux de la jambe droite, guéri par l'occlusion. Il y a quelques jours de l'étain en ébullition lui a sauté sur la jambe, et la plaie à peine cicatrisée s'est rouverte. Elle siège à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen et s'étend jusqu'à trois travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne. Toutes les veines du membre sont dilatées. Autour de l'ulcère la peau est rouge et chaude. Le malade souffre beaucoup et ne peut marcher. — Repos absolu et pansement au vin aromatique.

Le septième jour, la plaie offre un bel aspect, on voit apparaître des bourgeons charnus; et le 19 exeat dans un état satisfaisant.

Obs. DCXXVIII. — *Ulcère variqueux de la jambe droite. Occlusion avec le diachylon.* — Aujean (Louis), quarante-six ans, terrassier, entre le 10 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 22. Depuis une dizaine d'années il est affecté de varices aux deux jambes. Celles de la jambe droite ont toujours été plus volumineuses que celles de la jambe opposée. Il y a trois ans à la suite d'un choc contre le brancard de

sa voiture, il s'est produit un ulcère qui ne s'est jamais guéri. L'ulcère, qui pendant longtemps avait la largeur d'une pièce de 5 francs, s'est beaucoup agrandi depuis trois mois; il mesure aujourd'hui 6 centimètres de long sur 5 de large et siège à la partie moyenne de la jambe sur la face externe et empiète sur la face interne. Tout autour, eczéma variqueux peu étendu. Le malade n'est atteint d'aucune autre affection et se porte bien. — Occlusion avec des bandelettes de sparadrap. Repos. — Exeat le 13 décembre 1880.

Obs. DCXXIX. — *Tumeurs lymphadéniques généralisées* (*front, cou, aisselles*) (moule conservé dans notre collection particulière). — Olive (Julie), cinquante-six ans, sans profession, entre le 12 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 47. Pendant son enfance : fièvre typhoïde et quelques autres maladies. Bonne santé ensuite. Cinq enfants, tous bien portants. En janvier 1880, fluxion de poitrine et un crachement de sang. En février, nouvelle fluxion de poitrine. Depuis ce temps elle a toujours été oppressée et a rendu des crachats blancs mousseux. Pendant l'été 1880, la malade a remarqué dans ses aisselles, des deux côtés, de petites boules dont elle ne souffrait pas, mais qui ont toujours augmenté depuis.

État actuel. — La tête porte des tumeurs multiples. Sur le front du côté droit on voit une tumeur fluctuante sans changement de coloration à la peau, allongée de haut en bas et de dehors en dedans, du volume du doigt, longue de 3 centimètres et demi à 4 centimètres : au côté gauche du front existe une autre tumeur ayant les mêmes caractères. — Sur le cuir chevelu du côté droit existe une troisième tumeur ouverte par un petit trajet fistuleux par lequel s'écoule un liquide blanchâtre tout à fait semblable à du pus. — De chaque côté des mâchoires, on voit des masses polyganglionnaires indolentes, sans changement de couleur à la peau, sans adhérences avec elle et comprenant les ganglions préauriculaires, sterno-mastoïdiens superficiels et profonds, sous-maxillaires. Toute la région sus-hyoïdienne est occupée par ces masses, de consistance molle, faussement fluctuantes. — Sur la paupière supérieure droite, vers la queue du sourcil et le rebord de l'orbite, existe une tumeur du volume d'une bille, fluctuante, sans adhérence à la peau sous l'aisselle gauche, et dans le triangle sus-claviculaire existent des masses volumineuses. La masse axillaire, du volume des deux poings, gêne les mouvements du bras et proémine en avant sous le grand pectoral. — Sur le bord antérieur de la clavicule gauche il y a deux petites tumeurs fluctuantes adhérentes à l'os, l'une à sa partie moyenne, l'autre près de son extrémité interne. — Sous l'aisselle droite énorme tumeur semblable à celle du côté gauche envahissant jusqu'auprès du sein. — Pas de ganglions dans l'aine. La rate ne paraît pas augmentée de volume, et il en est de même du foie.

La percussion et l'auscultation du cœur et de la poitrine ne révèlent rien. — Une ponction de la tumeur frontale, allongée, donne du séro-pus : une ponction dans la masse axillaire gauche ne donne que du sang.

Pas d'intervention chirurgicale possible.

A la fin d'août la malade sort de l'hôpital.

Obs. DCXXX. — *Tumeurs lymphadéniques. Mort. Autopsie.* — Coulon (David), cinquante-deux ans, ajusteur, entre le 23 décembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 81. Pas d'hérédité. Fièvre typhoïde à l'âge de vingt et un ans. Variole en 1870. Il y a deux ans et demi, en se peignant, il constata l'existence de deux grosseurs au niveau de la nuque (ganglions occipitaux) : pas de douleur. Puis peu à peu des grosseurs se produisirent au niveau de l'angle de chaque mâchoire, et bientôt des masses ganglionnaires encadrèrent tout le visage. Ces manifestations produisirent d'abord de légères douleurs qui disparurent quand les ganglions augmentèrent de volume. — Iodure de potassium (2 grammes) : insuccès.

Etat actuel. — La figure est encadrée par des masses lobulées nombreuses qui existent surtout sur les régions latérales et qui, empiétant d'une part sur les parties postérieures et inférieures des joues, descendent d'autre part jusqu'à la partie inférieure de la région hyoïdienne. Ces masses se continuent avec d'autres de même nature qui existent dans le cou, surtout au niveau du bord postérieur de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien et qui remplissent le creux sus-claviculaire. Les ganglions occipitaux sont très développés. On constate en outre un ganglion du volume d'une noix au niveau de la partie moyenne de la nuque. Contre la paroi interne du creux axillaire existent des masses multiples et volumineuses. A l'aine, de chaque côté, se trouvent deux tumeurs lobulées, une supérieure, à grande direction horizontale (ganglions inguinaux); l'autre inférieure, à grande direction verticale (ganglions cruraux). Ces masses sont assez molles et ont à peu près partout la même consistance. Elles sont sans adhérence de couleur à la peau, sans douleurs soit spontanées, soit provoquées. Elles sont très lobulées : les différents ganglions qui les composent dans chaque région adhèrent entre eux. Les deux amygdales sont très volumineuses et diminuent considérablement l'isthme du gosier. — Le malade peut assez bien ouvrir la bouche et permettre l'exploration gutturale. La déglutition est difficile : les aliments liquides peuvent seuls être avalés.

Depuis quinze jours, toux assez fréquente, le soir, jusqu'à minuit.

Voix altérée, nasonnée. Un peu de surdité. Œdème de la jambe gauche. Constipation. — Perte considérable des forces. Amaigrissement notable depuis six mois. Inappétence. Fièvre le soir. Urines rares : beaucoup d'urates, pas de sucre, pas d'albumine.

4 janvier. — Insomnie absolue, toux extrêmement fréquente, jusqu'à minuit. Dyspnée. Urines, 350 grammes, très chargées en urates.

7. — Toux de plus en plus fréquente; la dyspnée augmente rapidement. Cyanose de la face; un peu d'exophthalmie. Urines, 300 grammes. Le malade a été pris pendant la nuit d'une soif ardente que rien ne peut calmer. État général de plus en plus mauvais. Dysphagie, irritation extrême de la gorge : impossibilité d'avaler tout aliment solide, le bouillon même détermine de vives douleurs quand il passe au niveau de l'isthme du gosier. — Lait. Œufs crus.

10. — Cyanose encore plus prononcée : affaiblissement rapidement considérable.

12. — Meurt à 7 heures du matin.

Autopsie. — Les masses ganglionnaires sont de consistance variable, d'une coloration d'un blanc rosé; les unes, assez résistantes, présentent à la coupe une surface lisse; les autres, molles et diffluentes, se déchirent et s'écrasent avec facilité. — *Au cou :* rien de particulier à noter si ce n'est le volume de ces ganglions; pas de compression des différents organes. — *Dans les plèvres :* épanchement double, séreux, légèrement louche; la plèvre présente des arborisations vasculaires. — Les *poumons* paraissent sains, ils crépitent bien sous le doigt; pas de tubercules; à la coupe on voit des gouttelettes de pus sourdre des points correspondant à la section des bronches de moyen calibre. La muqueuse de ces bronches est rouge et tuméfiée. — En se rapprochant un peu du hile, on sectionne des noyaux ganglionnaires mous et presque diffluents qui compriment les bronches à ce niveau; on retrouve de ces ganglions assez profondément logés dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, et se continuant sans interruption, en devenant de plus en plus nombreux, jusqu'au niveau du hile : là se trouve une masse considérable. On peut remarquer qu'elle est constituée par des ganglions dont les uns, non ramollis, sont en quelque sorte facilement énucléables, tandis que d'autres, dont le processus est plus avancé, se confondent avec les ganglions voisins et se déchirent facilement. La trachée et les deux grosses bronches sont comprimées et déformées, leur muqueuse est rouge et épaissie, un mucus purulent la recouvre. — Les *pneumogastriques* et le récurrent gauche traversent la masse ganglionnaire; on les retrouve facilement; ils ne paraissent pas altérés. Il en est de même des nerfs phréniques. — Des ganglions assez volumineux accompagnent l'aorte et l'œsophage; on en trouve également de moins volumineux en arrière du sternum, au niveau des vaisseaux mammaires internes. — Pas de liquide dans le péricarde. *Cœur* petit, sain. Le cœur gauche contient des caillots noirs. — *Cavité abdominale :* pas d'épanchement dans le péritoine. Les ganglions lombaires

sont plus ramollis que ceux de la cavité thoracique. La veine cave et la veine porte ne sont pas comprimées. — *Foie :* volumineux, dur. — *Rate :* un peu volumineuse, dure aussi, présentant à la coupe un semis de petits noyaux blancs variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, et qui tranchent sur le fond lie de vin de l'organe. — L'*intestin* ne présente rien de particulier. — Rien à noter du côté du *cerveau.*

Obs. DCXXXI. — *Sarcomes ganglionnaires généralisés. Mort.* — Lanoë (Gabriel), cinquante ans, grainetier, entre le 22 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 20. Bonne santé habituelle. Il y a cinq à six semaines, à l'aine gauche, le malade constata l'existence d'une tumeur du volume d'une petite bille qui augmenta rapidement de volume, sans causer de souffrances pendant les premiers temps. Toutefois un peu de douleur se produisit dans la jambe et la cuisse gauche dès le 15 mai. Le 20, impossibilité de travailler en raison des douleurs d'irradiation. En même temps que cette tumeur augmentait de volume, le malade constatait également de la tuméfaction au niveau de la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. Cette tuméfaction augmenta peu à peu.

Etat actuel. — A la partie supérieure de la cuisse gauche, en dessous de l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa, existe une tumeur arrondie, lobulée, dure, non douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, sans adhérence soit à la peau, soit aux parties profondes; pas d'augmentation de température.

Le grand axe (longitudinal) mesure 7 centimètres. Le petit axe en mesure 6. Rien dans la fosse iliaque correspondante; pas d'œdème dans la jambe de ce côté. Quelques petits ganglions dans le triangle de Scarpa du côté opposé.

A la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien gauche existe une tumeur soulevant le muscle, et ayant le volume d'une petite pomme aplatie. En outre quelques ganglions durs, du volume d'une petite noisette, existent dans la loge du sterno-cléido-mastoïdien. Deux ou trois ganglions petits, durs, dans le creux axillaire droit.

6 *juillet.* — Les ganglions inguinaux du côté opposé se prennent.

Dans le courant des mois de juillet et août, les masses ganglionnaires augmentent de volume et se produisent de tous côtés. Pendant les mois de septembre et d'octobre une anémie extrêmement prononcée survient; le malade devient de plus en plus cachectique, et meurt, le 25 octobre, d'une pneumonie bâtarde.

CHAPITRE VIII

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

§ I

Portion sus-diaphragmatique.

Les quarante-deux observations qui vont suivre se répartissent ainsi :

Lèvres	22
Joues	3
Gencives	1
Plancher de la bouche	10
Voûte palatine	1
Isthme du gosier	1
Pharynx	2
Œsophage	2

Les quatre premières sont relatives à des divisions congénitales des lèvres. Nous avons à plusieurs reprises exprimé nos opinions sur l'opportunité de l'opération du bec-de-lièvre, notamment dans la seconde édition de la *Pathologie de Nélaton;* nous n'y reviendrons pas longuement : qu'il nous suffise de dire :

1° Qu'il faut opérer immédiatement après la naissance, à moins que l'enfant ne soit trop faible ;

2° Que le chloroforme n'est pas contre-indiqué et que nous n'hésitons jamais à le donner même le jour de la naissance ;

3° Que l'introduction du sang dans le larynx pendant le sommeil chloroformique n'est nullement à craindre avec l'hémostasie à l'aide de nos pinces. Même lors de bec-de-lièvre

bilatéral, il est aisé, avec des éponges montées, d'empêcher le sang de tomber dans les voies aériennes. Ajoutons qu'il est bon de ne pas pousser trop loin l'anesthésie afin de laisser à la muqueuse ce réflexe si utile pour expulser du larynx les corps étrangers qui s'y introduisent ;

4° Que dans les becs-de-lièvre complexes (obs. DCXXXIV et DCXXXV), il faut réserver pour un âge plus avancé la suture palatine et surtout la staphylorrhaphie ; d'autant que la réunion des lèvres empêche l'agrandissement progressif de la fissure palatine ;

5° Qu'il faut se mettre en garde contre l'asphyxie produite par le rétrécissement opératoire, de la narine dilatée par la difformité, l'autre étant déjà étroite : or, comme le petit malade a pris l'habitude de respirer par l'hiatus naso-labial, il est tout à coup fort gêné quand celui-ci est obturé. C'est là du reste un accident rare ;

6° Qu'il est très utile d'employer les aiguilles à transfixion passées en dehors des parties libérées et à travers le nez et laissées provisoirement à demeure ;

7° Qu'enfin il est bon de suturer de bas en haut pour assurer la régularité du liséré muco-cutané des lèvres.

Les observations DCXXXVI et DCXXXVII ont trait à deux cas d'*épithélioma de la lèvre supérieure*. C'est là une localisation rare ; autant la tumeur maligne est fréquente à la lèvre inférieure, autant elle est rare à la lèvre supérieure.

Sur un relevé de trente-sept tumeurs malignes des lèvres rapportées dans nos *Cliniques*, nous n'en trouvons que huit de la lèvre supérieure ; cette immunité singulière plaide en faveur de l'origine irritative de l'épithélioma, notamment par le tuyau de pipe chez le fumeur.

Nous n'avons pas cru devoir opérer le malade de l'observation DCXXXVIII pour les raisons suivantes :

1° C'était un épithélioma récidivant après six mois, donc d'une forme tout à fait maligne ; avec marche extensive rapide ; en effet, l'infiltration néoplasique s'étendait à la joue ;

2° Le malade avait beaucoup maigri et présentait déjà des signes de cachexie ;

3° Il y avait de l'adénopathie sous-hyoïdienne, mais en l'absence de deux autres facteurs, cette adénopathie ne nous aurait pas empêché d'intervenir. Ces considérations s'appliquent aux autres cancroïdes des lèvres que nous n'avons pas opérés.

L'intérêt de l'observation DCXLVIII porte principalement sur l'étendue des régions envahies par l'épithélioma. La tumeur qui avait débuté par la lèvre inférieure dix mois auparavant avait envahi les ganglions sous-maxillaires gauches et semblait en apparence assez bien limitée. Toutefois, pour un chirurgien un peu expérimenté, il n'était pas douteux que les désordres étaient plus graves qu'on aurait pu le supposer tout d'abord. Aussi en entreprenant l'opération, nous attendions-nous à être obligé de sacrifier largement les tissus et ne fûmes-nous nullement étonné de rencontrer des adhérences avec le périoste du maxillaire inférieur que nous dûmes ruginer, de trouver la glande sous-maxillaire complètement dégénérée et de voir au-dessous de la tumeur un grand nombre de petits ganglions en voie de dégénérescence. Dans les cancers des diverses régions, il faut toujours penser à cette propagation du néoplasme par les voies lymphatiques et ne pas hésiter à enlever largement les ganglions ainsi que l'atmosphère cellulo-graisseuse qui les enveloppe, alors même que ces tissus paraîtraient sains.

L'observation DCLII a trait à un épithélioma de la lèvre supérieure, récidivé dans les ganglions sous-maxillaires. Cette observation est intéressante en ce qu'elle prouve qu'il ne faut jamais se laisser décourager par la malignité des tumeurs. Chez ce malade, en effet, le début du cancroïde datait de cinq ans ; on l'avait d'abord détruit par les caustiques, et deux ans plus tard une récidive s'était faite dans les ganglions sous-maxillaires. Nous enlevâmes ces ganglions ainsi qu'une partie de la mâchoire. Le malade était venu nous trouver pour une seconde récidive dans la même région. Bien que nous ayons dû cette fois faire une opération très large et poursuivre les prolongements de la tumeur jusque sur la gaine du gros faisceau vasculo-nerveux du cou, notre malade

supporta très bien l'opération et, suivant toute probabilité, avait encore en nous quittant des chances de guérison sinon définitive, du moins prolongée. En résumé, cinq à six années d'existence sont précieuses, dût-on les obtenir aux prix de plusieurs opérations.

L'observation DCLII est un cas curieux de kéloïde de la lèvre inférieure survenue de longues années après une plaie contuse. Nous en avons fait l'ablation au bistouri et cherché à obtenir la réunion par première intention; malheureusement un point de suture a manqué, et nous avons lieu de craindre que le tissu inodulaire formé là ne prolifère de nouveau.

L'observation DCLIV se rapporte à une malade atteinte d'hypertrophie simple de petites glandes en grappes annexées au canal de Sténon. L'hypertrophie simple des glandes en grappe n'est pas rare et nous en avons rapporté plusieurs exemples se rapportant à la parotide, à la glande sous-maxillaire ou aux glandes sublinguales. Mais lorsqu'elle se développe, comme dans le cas actuel, dans une région où l'on n'a pas coutume de rencontrer de glandes en grappes, elle prête facilement à une erreur de diagnostic. On voit en effet que M. Sappey décrit un groupe de globules salivaires annexé au canal de Sténon comme n'étant pas constant. Il est curieux de voir que précisément dans un cas où ces glandules existent, elles deviennent le siège d'hypertrophie. Quoi qu'il en soit, l'erreur ne pouvait être que relative. Les caractères de la tumeur étaient assez tranchés pour que l'on reconnût de prime abord une altération glandulaire avec développement kystique des culs-de-sac sécréteurs, et le seul défaut d'interprétation possible était de rapporter ces glandes à la muqueuse alors qu'elles siégeaient au-dessous d'elles et dépendaient du système salivaire parotidien. L'opération était la même dans les deux cas : excision des tissus hypertrophiés; et le pronostic n'entraînait pas plus de gravité dans un cas que dans l'autre. L'épithélioma peut se développer sur tous les points de la face et des cavités qui en dépendent. Pourtant, s'il est fréquent de rencontrer cette affection du côté de la peau,

des orifices cutanés ou muqueux de l'œil, du nez, de la bouche, sur les muqueuses conjonctivales, nasales, linguales, et sur celles de l'isthme du gosier, il est beaucoup plus rare de l'observer localisée à la muqueuse qui tapisse la face interne des joues. Tel est pourtant le cas des malades qui font le sujet de l'observation DCLV et DCLVI; la seule particularité intéressante relative à cette région est la facilité de l'hémostasie et de l'opération, lorsque la tumeur est opérée à une période voisine de son début, les seuls organes importants étant l'artère transverse de la face et le canal de Sténon.

Sur nos cinq cas de grenouillettes, nous en avons deux de la variété *sus-hyoïdienne*. La huitième leçon du tome IV de nos *Cliniques* est consacrée à l'étude de cette affection. La grenouillette, dans l'observation DCLXI, appartenait à la troisième variété; coïncidence des deux grenouillettes sus-hyoïdienne et sublinguale, c'est du reste le cas le plus fréquent.

L'observation DCLXII a trait à un kyste de la glande sous-maxillaire envoyant du côté de la bouche un prolongement simulant une grenouillette. C'est en somme la *pseudo-grenouillette* de Delens, c'est une des variétés les plus intéressantes des tumeurs de la région. Au début la portion sous-maxillaire du kyste était peu apparente et la portion sublinguale occasionnait une gêne qui fixait l'attention de ce côté, de sorte que l'on crut d'abord avoir affaire à une variété habituelle de grenouillette et que l'on opéra en conséquence. Trois opérations furent suivies de récidives; en même temps la région sous-maxillaire se déformait de plus en plus. Quand nous vîmes la malade, il n'y avait plus lieu de s'arrêter à l'idée d'une grenouillette séreuse simple de la bourse de Fleischmann ou d'une grenouillette glandulaire développée aux dépens de la muqueuse du plancher de la bouche ou des glandes sublinguales. Les caractères de la tumeur n'autorisaient pas d'ailleurs la supposition d'une grenouillette sanguine dépendant d'un angiome. Le diagnostic devenait donc plus délicat.

Nous avions vu déjà plusieurs cas de cette nature et nous n'hésitâmes pas à porter le diagnostic de kyste de la glande sous-maxillaire à prolongement buccal. Ces kystes font ordinairement, du côté de la bouche, une petite saillie et du côté de la peau un relief considérable. Il peut exister plusieurs kystes, l'un supérieur buccal, plus petit, l'autre inférieur, volumineux. Ce qui s'explique par le siège de la glande, qui est plus rapprochée de la peau que de la muqueuse. On pouvait confondre ces kystes avec un kyste hydatique, un kyste ganglionnaire ou un kyste développé dans l'épaisseur d'une tumeur d'autre nature, sarcome ou fibrome; dans le cas actuel les caractères physiques de la production morbide n'autorisaient pas ces suppositions. L'expérience nous a appris qu'il faut attaquer ces tumeurs du côté de la peau, par suite des difficultés considérables que l'on rencontre du côté de la bouche.

Les tumeurs du genre de l'observation DCLXIII (kyste dermoïde sous-maxillaire), sans être exceptionnelles, ne sont pourtant pas d'une grande fréquence. Dans le cas actuel, le diagnostic était facilité par le siège de la portion buccale de la tumeur sur la partie latérale de la langue, particularité qui permettait de la distinguer des grenouillettes, des kystes sous-maxillaires qui font saillie à la partie antérieure et médiane du plancher de la bouche. Dans le kyste dermoïde de cette région, la présence d'une certaine quantité de liquide autour de la masse solide est de règle. Lorsque ce liquide est transparent comme dans le cas actuel, le diagnostic est moins difficile que lorsqu'il y a transformation purulente. Une particularité intéressante était constituée par des adhérences intimes des parois du kyste avec la peau. Celle-ci était tellement mince et tellement confondue avec la poche kystique, que nous ne jugeâmes pas opportun d'essayer de séparer les deux membranes; nous préférâmes ouvrir le kyste d'un seul coup, le vider et faire ensuite la dissection de ses parois. Dans les kystes dermoïdes, ces adhérences cutanées s'expliquent mieux que dans les autres kystes de la région.

Dans l'observation DCLIV il s'agit d'un adénome de la

glande sublinguale droite, dont le début remontait à un an et qui provoquait des douleurs et une gêne assez considérables pour inquiéter la malade. Les particularités intéressantes se rapportaient à certains caractères cliniques pouvant induire en erreur, en écartant l'idée d'une hypertrophie glandulaire simple. La muqueuse qui recouvrait la tumeur était parcourue par un grand nombre de veinules dilatées ; la tumeur elle-même était très vasculaire ; d'autre part la consistance était mollasse et faussement fluctuante et la compression produisait une certaine dépression de la masse morbide, bien qu'il n'existât pas de réductibilité proprement dite. Ces caractères mettaient en jeu la question des tumeurs molles du plancher de la bouche : kystes dermoïdes ou muqueux, grenouillettes, angiomes, lipomes. Les signes qui pouvaient nous guider dans cette recherche de la nature de la tumeur étaient pour la plupart négatifs. La tumeur n'offrait ni la coloration jaunâtre des kystes dermoïdes, ni la teinte bleuâtre et la transparence des diverses variétés de kystes, que l'on a groupés sous le nom de grenouillette, ni l'homogénéité du lipome, ni la réductibilité et les alternatives de turgescence et d'affaiblissement des tumeurs érectiles. Nous fûmes conduit à diagnostiquer une hypertrophie glandulaire, malgré la vascularisation et la mollesse, par la palpation qui permettait d'apprécier l'existence de lobes, de lobules et de grains acineux, volumineux. Le seul traitement rationnel en pareil cas, était l'ablation de la tumeur. Après avoir pris toutes les précautions habituelles pour empêcher le sang de s'engager vers le larynx, nous fîmes cette ablation par voie de morcellement, et grâce à nos pinces hémostatiques, nous ne fûmes pas gêné par le sang qui venait en abondance.

A propos de dilatation vasculaire, nous ferons remarquer que dans les tumeurs hypertrophiques du sein et des autres glandes, ce sont les veines qui se dilatent, tandis que dans l'épulis et l'épithélioma, ce sont les artères.

Dans l'observation DCLXV, les difficultés résidaient principalement dans le traitement. Le mal était en effet arrivé à une période tellement avancée, les désordres étaient à ce

point caractéristiques, que le diagnostic s'imposait de lui-même. Il n'y en avait pas comme dans l'épithélioma au début, à soulever la question d'ulcération simple, syphilitique ou tuberculeuse; l'étendue de la lésion, ses caractères physiques, l'envahissement du maxillaire et des ganglions ne laissaient aucun doute sur la nature épithéliale de l'affection.

Én présence de ces graves désordres, nous nous demandions si l'intervention chirurgicale n'était pas trop tardive, et s'il nous était encore possible de faire une ablation assez large pour espérer d'éviter la récidive. Un examen attentif nous révéla qu'aucun organe important, tels que les gros vaisseaux et nerfs du cou, le larynx et le pharynx étaient indemnes; que d'autre part, le malade bien qu'affaibli, avait encore de la résistance et n'était pas arrivé à la période de cachexie. La seule contre-indication aurait donc résidé dans les difficultés et la gravité de l'opération. De nombreux précédents, l'emploi de nos pinces hémostatiques et du polytritome, nous ont appris à ne pas nous laisser rebuter par les obstacles. Nous avons plusieurs fois pratiqué des opérations semblables, au grand bénéfice du malade. A plusieurs reprises aussi nous avons indiqué le manuel opératoire auquel nous donnons la préférence en pareil cas. Rappelons qu'il ne faut négliger aucun détail :

1° Donner au malade une position telle que le sang ait moins de tendance à tomber vers les voies aériennes;

2° Dans le même but, se débarrasser d'abord des productions extérieures, afin de ménager le plus longtemps possible la muqueuse buccale qui sert de barrière au sang;

3° Aborder le maxillaire inférieure par sa face externe et à cet effet, faire une incision en fer-à-cheval, parallèlement au bord de cet os et à 1 centimètre en arrière. Détacher le périoste de cette face externe et le conserver là où il est sain, afin d'obtenir la reproduction d'un nouvel os, qui servira de support aux parties molles de la bouche si ce périoste est malade; détacher les parties molles qui le recouvrent au delà des limites du mal. L'emploi du polytritome nous est toujours d'un grand secours dans ce cas particulier;

4° N'enlever les parties malades du plancher de la bouche qu'en dernier lieu et en ayant soin de fixer la langue avant de la détacher du maxillaire. Grâce à ces précautions, nous arrivons à accomplir l'opération sans danger, sans perte de sang importante et aussi rapidement que possible.

L'observation DCLXVI est fort intéressante au point de vue du pronostic des opérations chez les diabétiques. Devait-on pour cela, ici, s'abtenir? nous ne le croyons pas, car notre malade était dans une position très pénible, avec cette impossibilité de mâcher les aliments, cette salivation abondante qui le forçait à cracher continuellement, et cette fétidité de l'haleine. De plus, l'état général était satisfaisant, et en somme on pouvait espérer faire bénéficier le malade de l'opération. Les trois premiers jours ont été très bons et tout nous faisait présager une issue favoroble, quand subitement le coma survint et le malade succomba en quelques heures. C'est là un cas type de coma diabétique à forme foudroyante ; l'autopsie, absolument négative au point de vue de lésions récentes, prouve bien qu'il ne s'agissait pas d'autre chose. En résumé donc les opérations ne sont pas contre-indiquées chez les diabétiques, mais il faut songer à la possibilité d'accidents mortels.

L'observation DCLXVIII est intéressante en raison de sa rareté et de la difficulté du diagnostic. Il s'agissait d'une tumeur fibro-graisseuse pédiculée de la voûte palatine, dont le début remontait à quinze ans. Les tumeurs solides de nature bénigne que l'on peut rencontrer dans cette région sont : par ordre de fréquence, les adénomes, les fibro-lipomes, les fibromes, les lipomes, les exostoses. Il n'y avait pas lieu dans le cas actuel de penser aux tumeurs malignes carcinome, sarcome, épithélioma, en raison de la longue durée d'évolution de la tumeur. Les adénomes s'observent fréquemment; ils ont été bien étudiés et décrits par Nélaton, qui a bien démontré que d'ordinaire ils sont sessiles. Leur consistance est moins dure, moins fibreuse que celle de la production que nous observions; d'autre part on apprécie assez facilement au toucher leur structure acineuse. Le peu d'abondance des cellules adi-

peuses, dans la fibro-muqueuse palatine, fait qu'elle est rarement le siège de lipomes, puis, d'autre part, ces tumeurs sont plus molles et quelquefois même faussement fluctuantes. La richesse de la muqueuse palatine en tissu fibreux autorisait davantage l'idée d'un fibrome, mais cette tumeur est plus dure que ne l'était celle de notre malade et elle n'offre pas la teinte jaunâtre qu'elle présentait. Quant aux exostoses, leur consistance franchement osseuse permet toujours de les reconnaître.

En résumé, la coloration jaunâtre, la consistance fibroïde, l'absence de granulation acineuse nous portaient à penser à un fibro-lipome.

Dans tous les cas l'opération était indiquée, nous fîmes facilement l'ablation de la tumeur, et l'examen de la pièce anatomique confirma pleinement notre diagnostic.

L'observation DCLXXII montre la possibilité de faire rendre des corps étrangers, introduits dans l'œsophage, par des manœuvres douces, et, par là même, exemptes de danger.

Obs. DCXXXII. — *Bec-de-lièvre simple, unilatéral droit, supérieur, congénital. Opération. Guérison.* — Hamann (Jules), âgé de quatre jours, est apporté à notre clinique du 1er avril 1882. Les parents ne présentent ni vices de conformation ni arrêt de développement. Il est atteint d'un bec-de-lièvre congénital partant du côté droit de la lèvre supérieure. La solution de continuité s'étend du bord libre de la lèvre à la narine correspondante ; elle a la forme d'un angle tronqué, ouvert en bas. Son bord interne est vertical et rectiligne, son bord externe est obliquement dirigé de haut en bas, et de dedans en dehors, par suite de la traction opérée par la moitié droite de l'orbiculaire des lèvres. L'aile droite du nez est aplatie, étalée, attirée en dehors par le même muscle. Pas de fissure palatine, pas de division du voile du palais. Rien d'anormal dans les autres régions. L'état général est assez satisfaisant pour que l'on puisse pratiquer l'opération séance tenante.

1er *avril.* — Chloroforme. Nous avivons largement les bords de la solution de continuité, avec de petits ciseaux et le bistouri, en ayant soin de conserver sur le bord inférieur droit un petit lambeau destiné à représenter le lobule médian de la lèvre supérieure. Nous affrontons les surfaces cruentées et nous les suturons à l'aide de quatre fils métalliques isolés et entortillés. Afin de maintenir rap-

prochées les lèvres de la plaie et d'empêcher la section par les fils, nous appliquons des bandelettes de tarlatane collodionnées allant d'une joue à l'autre. Pansement phéniqué.

5. — Réunion par première intention. Bandelettes collodionnées.

12. — Guérison complète. Sortie.

Obs. DCXXXIII. — *Bec-de-lièvre simple, unilatéral gauche, congénital. Opération. Guérison.* — François (Henri), six mois, est présenté à la clinique du 7 juin 1881. Il est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche congénital, sans fissure alvéolaire ou palatine. La division porte sur le bord libre de la lèvre supérieure, et s'étend dans la direction du bord adhérent sans l'atteindre. Le bord interne de la solution de continuité est vertical, le bord externe est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, par suite de la rétraction de la portion gauche de l'orbiculaire. L'enfant est fort et bien constitué, malgré la gêne apportée, par ce vice de conformation, à la succion.

7 *juin.* — Chloroforme. Pincement préventif sur la lèvre supérieure de chaque côté de la fente labiale. Avivement des bords à l'aide du bistouri. Nous ménageons, au côté interne, un petit lambeau destiné à représenter le lobule médian. Rapprochement des surfaces cruentées et affrontement de la peau avec la peau, de la muqueuse avec la muqueuse. Suture avec cinq fils métalliques en procédant de haut en bas. Une suture enchevêtrée jetée sur une longue épingle de Sims implantée à la base des narines prévient le tiraillement. Des bandelettes de tarlatane collodionnées allant d'une joue à l'autre concourent au même but. Pansement phéniqué.

On enlève les fils le quatrième jour. Réunion par première intention. Bandelettes collodionnées.

12. — Guérison.

Obs. DCXXXIV. — *Bec-de-lièvre complexe, première opération.* — Lamière (Claude), huit jours, 5 mars 1881 (externe). Il a un frère âgé de dix-sept mois qui a un bec-de-lièvre unilatéral droit. Lui-même a un bec-de-lièvre droit très considérable. La fente se prolonge en arrière jusqu'à l'extrémité du voile du palais : elle porte à la fois sur les parties osseuses et les parties molles : la solution de continuité sur la lèvre a un écartement d'un centimètre et demi de telle sorte que l'enfant ne peut faire aucun mouvement de succion, et il ne peut boire qu'à la cuiller, et il rend une partie des liquides qu'il prend par le nez, dans des efforts de toux qui le font vomir.

5 *mars.* — Opération. — Traversant le nez, à sa base, avec une longue aiguille, nous ramenons l'organe sur cette tige, rapprochant ainsi à distance les parties à juxtaposer. Pincement préventif des coronaires. Le rapprochement est alors très facile, et l'avivement est d'autant plus simple que l'on opère pour ainsi dire à blanc. Cinq points de suture rapprochent les parties, l'un d'eux est placé à l'angle

inférieur même de la plaie. La tige nasale est retirée, ainsi que les pinces placées sur les coronaires. Pansement phéniqué.

7. — On enlève trois points de suture. Bandelettes collodionnées.

9. — L'enfant a enlevé les bandelettes : il en résulte une désunion des parties situées immédiatement au-dessous du nez. Les deux points de suture inférieure ont heureusement maintenu un pont de 1 centimètre et demi. Nouvelles bandelettes.

12. — On enlève les derniers points de suture. L'enfant peut téter et s'alimenter grâce au pont inférieur. Mais nous n'avons obtenu qu'un succès incomplet. Il faudra pratiquer plus tard une nouvelle opération. — L'enfant n'a pas été revu.

Obs. DCXXXV. — *Bec-de-lièvre unilatéral gauche congénital compliqué d'une fissure palatine. Opération. Guérison.* — Guteil (Maria-Ernestine), âgée de quatre mois, est présentée à notre clinique du 19 novembre 1881. C'est une enfant assez bien constituée, atteinte d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche, congénital. La solution de continuité porte sur toute la hauteur de la lèvre supérieure ; elle a 4 centimètres de large. Ses bords sont très irréguliers. L'interne, au lieu d'être rectiligne, offre l'aspect d'une ligne brisée, formant deux gradins superposés, separés par une encoche. De sorte qu'on trouve en suivant ce bord de haut en bas, un angle ouvert en dehors, disposé en lobule, un angle ouvert en dedans, disposé en encoche, et un angle ouvert en dehors, disposé en lobule. Le bord externe est représenté par un petit tubercule, limité en bas par le bord libre de la lèvre, en haut par une solution de continuité qui le sépare de l'aile gauche du nez, et se prolonge jusqu'au sillon naso-jugal. L'aile gauche du nez est aplatie, étalée, fortement attirée en bas et en dehors. Il existe en outre une fissure palatine, affectant la forme d'un V ouvert en avant, où elle offre une largeur de 2 centimètres et demi. Le voile du palais est conservé.

L'enfant ne peut téter, on l'alimente à la cuiller.

19 *novembre.* — Chloroforme. Hémostasie préventive. Avec des ciseaux fins nous avivons largement les bords de la solution de continuité, et nous conservons un petit lambeau destiné à représenter le lobule médian. Comme les bords ne peuvent être suffisamment rapprochés, nous détachons les deux portions de la lèvre, à droite et à gauche, avec le bistouri, sur une étendue de 2 centimètres. Nous les faisons glisser l'une vers l'autre, et nous affrontons la peau avec la peau, la muqueuse avec la muqueuse. Afin de faciliter le rapprochement, nous commençons par passer un gros fil allant d'un sillon de l'aile du nez d'un côté, au sillon correspondant du côté opposé, puis nous faisons la suture avec six fils métalliques. Des bandelettes de tarlatane collodionnée allant d'une joue à l'autre, rapprochent les parties molles. Pansement phéniqué.

Réunion par première intention le quatrième jour. Bandelettes collodionnées.

2 *décembre.* — Guérison complète. Nous nous occuperons plus tard de la division palatine.

Obs. DCXXXVI. — *Cancroïde de la lèvre supérieure. Ablation. Guérison.* — Roussel (Adrien), cinquante-huit ans, chauffeur, entre le 23 août 1881, au n° 5 de la salle Saint-Augustin. Homme bien portant, sans antécédents héréditaires; il fume peu, mais toujours la pipe. Au mois de mai dernier, il s'aperçut qu'il avait à la lèvre supérieure, près de la commissure droite, un petit bouton qui le démangeait beaucoup. Étonné de voir qu'il ne disparaissait ni n'augmentait, il eut l'idée il y a cinq semaines de le couper avec son rasoir. La plaie saigna beaucoup et quelques jours après se recouvrit d'une couche noirâtre qu'il arracha. A partir de ce moment, cette ulcération s'agrandit surtout du côté de la commissure qu'elle a fini par envahir.

Actuellement. — L'ulcération est grande comme une pièce de un franc : elle occupe la lèvre supérieure, a envahi la commissure droite et empiète sur la lèvre inférieure. L'ulcération intéresse plutôt la peau que la muqueuse. Ses bords sont irréguliers, son fond est saignant et grisâtre. Le malade éprouve des élancements. Ganglions sous-maxillaires engorgés.

24 *août.* — Anesthésie. Hémostasie préventive. Ablation large. Suture.

17 *septembre.* — Cicatrisation complète. Exeat.

Obs. DCXXXVII. — *Cancroïde ulcéré de la lèvre supérieure. Ablation. Guérison.* — Leduc (Charles), quarante-huit ans, jardinier, entre le 27 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 9. C'est un homme ayant l'habitude de fumer sans cesse dans des pipes à tuyaux très courts. A été coupé, il y a cinq mois, par le rasoir, et à la suite de la plaie, il est venu un gros bouton à la lèvre supérieure près du rebord muqueux. Prurit intense, grattage, finalement il l'a écorché.

Etat actuel. — Sur la lèvre supérieure, à un demi-centimètre de la commissure droite, existe une ulcération grisâtre, irrégulièrement arrondie et ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Le fond de l'ulcération est recouvert de bourgeons charnus et de pus. Tout autour de l'ulcération existe une zone d'induration : pas de souffrances. Rien dans les ganglions.

29 *septembre.* — Hémostasie préventive au moyen de deux pinces. Ablation avec les ciseaux de la tumeur. Suture des bords de la plaie au moyen de trois fils métalliques. Le treizième jour, cicatrisation complète.

12 *octobre.* — Sortie.

Obs. DCXXXVIII. — *Epithélioma de la lèvre inférieure. Récidive. Pas*

d'opération possible. Mouton, cinquante-quatre ans, entre le 4 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 71. A été opéré il y a six mois d'un épithélioma de la lèvre inférieure. La récidive s'est faite presque immédiatement et a envahi la partie restante de la lèvre et le menton, et atteint la joue droite. — Adénopathie sous-maxillaire. Cachexie commençante.

Pas d'opération possible. Traitement palliatif. — Exéat le 8 juillet.

Obs. DCXXXIX. — *Epitélioma ulcéré de la lèvre inférieure. Application de pâte arsenicale. Guérison.*—Jernigon (Joseph), soixante et un ans, tailleur, entre le 2 novembre 1881 salle Sainte-Marthe n° 11. Homme bien portant, grand fumeur, mais jamais de pipes à tuyau court. Il y a sept mois, il a remarqué à la lèvre inférieure, à deux centimètres de la commissure, une petite ulcération d'un demi-centimètre à peine qu'il attribua au rasoir. Six semaines après, il commença à éprouver de vives démangeaisons, des élancements. En même temps, il remarquait que cette ulcération s'agrandissait en surface et en profondeur; il mit dessus un petit morceau de taffetas d'Angleterre, mais les douleurs continuant, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Ulcération située à deux centimètres environ de la commissure de la lèvre, présentant une forme irrégulièrement arrondie, ayant le diamètre d'une pièce de 20 centimes en argent. Ses bords sont échancrés, son fond est également grisâtre et en partie recouvert d'une croûte noirâtre. — On fait tomber la croûte et on applique sur l'ulcération de la pâte arsenicale.

Après cette première application du médicament, on trouve une modification de l'ulcération. On applique une seconde couche, et au bout de quinze jours, la guérison était complète.

20 *novembre.* — Sortie.

Obs. DCXL. — *Epithélioma de la lèvre inférieure. Extirpation. Guérison.* — Lebel (Henri), soixante ans, palefrenier, entre le 9 juin 1881 au n° 23 de la salle Sainte-Marthe. C'est un homme bien portant qui n'a jamais eu de maladie vénérienne : il boit beaucoup, et fume énormément. Il y a sept mois, il a remarqué sur la lèvre inférieure, à un centimètre de la commissure droite et s'étendant davantage vers la muqueuse qu'en dehors, un petit bouton qui a grossi pendant deux mois pour acquérir le volume d'un noyau de cerise, et qui s'est ensuite ulcéré : peu de souffrances. A un demi centimètre de la commissure labiale droite, est une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes empiétant plus sur le rebord muqueux que sur la peau. Elle a une forme assez irrégulière, mais se rapprochant un peu d'un ovoïde. Les bords sont également très irréguliers et le fond est grisâtre et saignant. Si on la presse, on fait suinter un liquide ichoreux qui ne présente pas d'odeur particulière. Les ganglions maxillaires sont sains.

11 *juin.* — Opération. Hémostasie préventive, et, avec de forts ciseaux, on enlève largement la tumeur : 4 points de sutures. Pansement phéniqué.

Rien de particuler à noter ; et le 20 février, guérison.

Obs. DCXLI. — *Cancroïde ulcéré de la lèvre inférieure. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Baraduc (Pierre), cinquante-quatre ans, tisserand, entre le 30 août 1882, n° 4, salle Sainte-Marthe. Homme bien portant; une pneumonie et deux blennorrhagies. C'est un fumeur de profession, mais n'a jamais fait usage de pipes à tuyau court. Il y a quatre mois, il a vu apparaître sur le rebord de la muqueuse de la lèvre inférieure, à un centimètre et demi de la commissure droite une petite tumeur du volume d'un pois. Pendant sept semaines ce petit bouton resta indolent et ne sembla pas grossir ; mais à partir de ce moment, il devient le siège de picotements et de prurit insupportables et commença à augmenter de volume. En trois semaines il avait acquis le volume d'un haricot et en avait à peu près la forme; puis la peau s'ulcérait.

A son entrée. — Au niveau de la commissure labiale droite et la dépassant en dehors de trois millimètres, est une ulcération grisâtre dont les bords irréguliers sont saignants et taillés à pic. Le fond de l'ulcération est recouvert de bourgeons charnus imprégnés d'un liquide sanieux. Le pourtour est induré et douloureux. Pas d'adénopathie.

3 *septembre.* — Ablation large de la tumeur avec le bistouri. — Trois points de suture métallique. — Pansement phéniqué.

7. — On enlève les sutures. — 17. Cicatrisation complète. Sortie.

Obs. DCXLII. — *Epithélioma ulcéré de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* — Nicolas (Henri), cinquante-cinq ans, homme de peine, entre le 2 août 1881, au n° 12 de la salle Sainte-Marthe. Pas d'antécédents pathologiques ou héréditaires. Il fume fort peu et jamais dans des pipes à tuyau court. Au mois de mai, il avait remarqué à la lèvre inférieure, à un demi centimètre de la commissure gauche un bouton très douloureux et à peine du volume d'un très petit pois. Pendant quinze jours, il ne s'en occupa pas, mais le voyant grossir il alla trouver un médecin qui diagnostiqua une affection insignifiante. Enfin, après avoir acquis le volume et à peu près la forme d'un haricot, ce bouton s'est ulcéré.

Etat actuel. — Sur la lèvre inférieure, partant de la commissure gauche en s'étendant sur la face cutanée de cette lèvre, est une ulcération en forme de croissant à convexité dirigée en bas. Cette ulcération présente une étendue en longueur de un centimètre sur un demi de largeur. Elle a envahi plutôt le bord cutané de la lèvre que son rebord muqueux. Elle est irrégulière, peu profonde, recouverte en partie par des petits îlots représentés par une couche noi-

râtre. De temps à autre le malade ressent des élancements très vifs, mais les douleurs sont supportables. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général très bon.

6 *août*. — Chloroformisation. Hémostasie préventive, puis, avec de forts ciseaux, ablation de la tumeur. Trois points de suture métallique. — La cicatrisation se fait rapidement; et, le 19 août, exéat.

Obs. DCXLIII. — *Epithélioma de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* Mercier (Joseph), soixante-cinq ans, journalier, entre le 1er mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Depuis l'âge de quinze ans, ce malade fume beaucoup et seulement la pipe. Depuis deux ans il a remarqué qu'une ulcération se produisait sur la lèvre inférieure, et, depuis quelques mois, douleurs et élancements.

État actuel. — Sur la lèvre inférieure, occupant la partie médiane et la majeure portion de la partie droite du bord libre, existe une plaque sèche, légèrement déprimée, présentant quelques croûtelles sur le bord antérieur et un peu d'induration. Cette plaque a résisté à tous les traitements médicaux. Bon état général. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. Nombreuses plaques blanches des fumeurs sur la face interne des joues et la face postérieure des lèvres.

5 *mai*. — D'un coup de ciseaux la partie malade est enlevée. — Suture entortillée. — Pansement de Lister.

7. — Le malade a un peu souffert pendant la nuit.

9. — Ablation des sutures. Bandelettes de tarlatane collodionnées.

13. — Ablation des bandelettes, la cicatrisation est terminée.

Obs. DCXLIV. — *Epithélioma de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* — Gelin (Ludovic), cinquante-trois ans, cordonnier, entre le 29 décembre 1881, au n° 71 de la salle Saint-Augustin. Depuis huit mois, cet homme porte à la lèvre inférieure, à un centimètre et demi de la commissure gauche, une tumeur ulcérée qui, au début, avait le volume d'une lentille et dont l'évolution a été lente et progressive. Il y a deux mois, ulcération et prurit très désagréable. Pas de traitement jusqu'à ce jour.

Etat actuel. — Ulcération du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Elle s'étend un peu vers la muqueuse. Les bords de l'ulcération sont déchiquetés, saignants, indurés ; le fond est grisâtre, et laisse échapper un liquide sanieux. Pas de ganglions engorgés.

Ce malade ne fume pas, mais il prise et fait usage de la chique.

30 *décembre*. — Hémostase préventive. Ablation large de la tumeur avec le bistouri. Suture. Pansement phéniqué.

18 *janvier*. — Guérison. Exeat.

Obs. DCXLV. — *Epithélioma de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* — Pernet (François) soixante-quatre ans, mai 1882, salle Saint-Augustin. L'affection a débuté il y a deux ans à la lèvre inférieure

par un petit bouton qui est allé peu à peu en augmentant : démangeaisons, puis légères douleurs.

Etat actuel. — A droite de la partie médiane de la lèvre inférieure existe une petite tumeur à forme papillaire, du volume d'une pièce de cinquante centimes présentant deux papilles plus volumineuses que les autres. Cette petite tumeur est dure, elle a un aspect corné. Ses bords sont nettement limités, non indurés, et elle siège à l'union de la peau et de la muqueuse. Pas d'engorgement ganglionnaire. Très bon état général.

5 *mai.* — Anesthésie. De deux coups de ciseaux, nous enlevons la tumeur et les parties voisines, en faisant une perte de substance en V. Suture entortillée. Pansement de Lister.

10. — Ablation des épingles, la réunion est faite. Pansement au vin aromatique des petites ulcérations qui se sont faites au niveau des épingles.

20. — La cicatrisation est terminée. Exeat.

Obs. DCXLVI. — *Epithélioma végétant de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* — Monidau (Etienne), cinquante-neuf ans, cantonnier, entre le 10 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 26. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires ; a fumé beaucoup la pipe, mais il la tenait du côté opposé à la tumeur. Il y a cinq ou six mois, apparition d'une sorte de petite verrue que le malade arrachait souvent : cautérisations avec de l'esprit de sel : elle augmente rapidement, saigne facilement, pas de douleurs; amaigrissement rapide. Rien ailleurs.

A l'entrée. — Vieillard maigre, un peu cachectique. A la lèvre inférieure : tumeur du volume d'un œuf de poule à surface mamelonnée végétante située vers la commissure gauche. Son pédicule, moins volumineux que le reste de la tumeur, occupe la moitié gauche de la lèvre inférieure, la commissure gauche qu'il a envahie et même un peu la lèvre supérieure. Petit ganglion sous-maxillaire gauche.

13 *août.* — Anesthésie. La tumeur est enlevée au moyen des ciseaux et du bistouri, après qu'on eût fait l'hémostasie préventive. On mobilise ensuite ce qui reste de peau au menton pour la suturer vers la commissure gauche. La perte de substance du menton est remplie par un lambeau rectangulaire pris sur le cou à pédicule fort et dont la mobilisation permet d'enlever, au-dessous, le ganglion cancéreux. Il reste une petite surface saignante, triangulaire, à base supérieure, dont on rapproche les deux bords latéraux. — Sutures métalliques. Pansement phéniqué.

14. — Nuit assez mauvaise, pas de fièvre. — Pansement.

15. — Nuit bonne. — Pansement.

Le mieux se continue les jours suivants. La cicatrisation se fait rapidement. Sort guéri le 10 septembre.

Obs. DCXLVII. — *Cancroïde de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* — Maugras (Léon), cinquante-trois ans, cultivateur, entre le 3 avril 1882, n° 70, salle Saint-Augustin. C'est un homme robuste, habitant la campagne. Il a l'habitude de fumer beaucoup, mais affirme ne jamais faire usage de pipes à tuyau court. Il y a sept mois, il a remarqué, à la partie médiane de la lèvre inférieure, un bouton du volume d'un pois qui ne le faisait pas souffrir, mais qui l'agaçait, aussi le pressait-il continuellement avec ses dents. Peu à peu la muqueuse s'est amincie, puis ulcérée, et à partir de ce moment il a ressenti de violentes démangeaisons plutôt que des douleurs. L'ulcération a augmenté graduellement.

Etat actuel. — Sur la lèvre inférieure au niveau de la ligne médiane se trouve une ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc. Les bords sont irréguliers, le centre est déprimé et enduit d'un liquide roussâtre. La base de l'ulcération est indurée. Pas de ganglions sous-maxillaires. — Hémostasie préventive. Ablation large. Suture métallique. Pansement phéniqué.

27 *avril.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCXLVIII.— *Cancroïde de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* —Hum (Jean), quarante-six ans, fumiste, entre le 27 janvier 1882, n° 8, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Grand fumeur de pipes à tuyau court. En mars 1881 il remarqua sur la lèvre inférieure, à un centimètre de la commissure gauche, une crevasse du rebord cutanéo-muqueux dirigée d'avant en arrière. Cette crevasse, loin de se cicatriser sous l'action de divers médicaments topiques, donna lieu à de petites hémorrhagies en nappe, s'étendit et devint le point de départ d'une ulcération qui s'agrandit de jour en jour. Il y a trois mois les ganglions sous-maxillaires gauches s'hypertrophièrent et devinrent douloureux.

Etat actuel. — La moitié gauche de la lèvre inférieure est déformée par une ulcération irrégulièrement circulaire de 2 centimètres et demi de diamètre; bords saillants, d'un demi-centimètre au-dessus du repli cutanéo-muqueux, disposés en forme de bourrelets, recouverts d'épiderme, violacés, luisants et comme cicatriciels par place; ulcérés, rouge saignant et se continuant avec le centre en d'autres points. Le fond est anfractueux, couvert de grosses papilles dénudées, fongueuses, rouges, saignantes, séparées par des sillons profonds remplis de pus, de débris épithéliaux et de sérosité. La tumeur repose sur une base indurée comprenant toute l'épaisseur de la lèvre et sa hauteur jusqu'au sillon gingivo-labial. La région sous-maxillaire gauche est le siège d'une tumeur acuminée, conoïde du volume d'une mandarine étendue verticalement du bord inférieur du maxillaire à la grande corne de l'os hyoïde et transversalement de 2 centimètres de la ligne médiane, à 1 centimètre de l'angle de la mâchoire. La

peau qui la recouvre est lisse, unie, tendue, très amincie au sommet de la tumeur, elle laisse voir par transparence, en ce point, une teinte jaunâtre. Dans le reste de son étendue elle est rouge, vascularisée, légèrement œdémateuse. Au toucher, on constate qu'elle adhère à la tumeur dans sa partie centrale. Celle-ci est dure, solide, de consistance fibroïde, elle adhère au bord inférieur du maxillaire, à la glande du même nom et aux couches profondes. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux, état général encore satisfaisant.

4 *février*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons une double incision semi-elliptique qui circonscrit toute la portion de peau adhérente et nous enlevons par cette voie la partie principale de la tumeur. Nous poursuivons alors les prolongements. Ce temps de l'opération est long et rempli de difficulté, la tumeur adhérant au bord inférieur du maxillaire, dont nous sommes obligé de ruginer le périoste, à la glande sous-maxillaire, qui est dégénérée et que nous sommes obligé d'enlever complètement, à l'aponévrose et aux couches profondes que nous disséquons de proche en proche. Il existe en outre au-dessous de la tumeur un grand nombre de petits ganglions dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un haricot et que nous enlevons par voie d'arrachement parce qu'ils nous paraissent douteux; puis nous enlevons la tumeur labiale par deux coups de ciseaux qui se rejoignent en V. — Sutures. Drainage. Pansement phéniqué.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Pendant six jours la température oscille entre 37°,8 et 38°,6, puis devient normale. On enlève les fils les quatrième, cinquième et sixième jours. Réunion par première intention, sauf au niveau du drain. Suppuration modérée.

18 *mars*. — Le malade est sorti le 15; il vient au pansement; suppuration tarie, on enlève le drain; et le 25. Guérison.

Obs. DCXLIX. — *Epithélioma de la lèvre inférieure. Ablation. Erysipèle intercurrent. Guérison.* — Lecomte, cinquante-neuf ans, homme de peine, entre le 18 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 4. Bonne santé. A toujours beaucoup fumé la pipe. Il y a trois mois, il a remarqué sur la lèvre inférieure du côté gauche à 1 centimètre et demi de la commissure, un petit bouton qui a grossi peu à peu sans lui causer de douleurs et occupe aujourd'hui une étendue d'un centimètre et demi environ. Sur le bord antérieur du masséter, petit ganglion dur, mobile.

1er *juillet*. — Anesthésie. Ablation aux ciseaux de l'épithélioma. Sutures. — Extirpation du ganglion, qui, à la coupe, est nettement cancéreux. — Suture, petit drain. Pansement phéniqué.

2. — Le malade va bien, mais pendant le pansement au moment où on réintroduit le drain après l'avoir lavé, on voit un écoulement sanguin abondant qui se fait par ce tube.

On ôte les sutures : au fond de la plaie est la faciale qu'on avait vue, la veille, sinueuse et extrêmement athéromateuse. Elle n'avait été blessée en aucune manière, cependant le sang paraissait venir d'une fissure de ce vaisseau : on la pince en deux points assez éloignés et l'écoulement s'arrête. — Les pinces sont laissées en place vingt-quatre heures.

3. — On enlève les pinces. Pas d'hémorrhagie.

6. — La plaie labiale suppure. Un érysipèle s'est déclaré. On enlève la suture labiale, la plaie reste béante. Le malade est envoyé à l'isolement.

20. — L'érysipèle est terminé et la plaie labiale guérie sans difformité appréciable.

28. — La plaie sous-maxillaire est cicatrisée. Exeat.

Obs. DCL. — *Epithélioma récidivé de la lèvre inférieure. Opération. Guérison.* — Sigoillat (Louis), soixante-quatorze ans, journalier, entre le 25 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 29. — Assez bonne santé habituelle : peu fumeur. L'affection a débuté il y a un peu près trois ans et demi par un petit bouton vers la partie médiane de la lèvre inférieure. Des démangeaisons vives s'y produisirent, si bien que le malade, à plusieurs reprises, enleva ce bouton qui repoussait toujours. Bientôt il se mit à suppurer un peu et se couvrit de croûtes. Puis des douleurs s'y produisirent : légères d'abord, elles devinrent ensuite très vives, si bien que le malade, un an et demi après le début de l'affection, se décide à se faire opérer. Guérison en huit jours.

Il y a six mois, la partie gauche de la cicatrice s'est tuméfiée, puis la partie droite est devenue aussi un peu grosse et irrégulière. Au bout de trois mois, les parties tuméfiées s'étaient ulcérées, et laissaient suinter du pus, et quelquefois un peu de sang. Dans le courant du mois de mai les douleurs revinrent. L'ulcération augmentant, et les douleurs étant de plus en plus vives, le malade revient se faire opérer.

Etat actuel. — La partie médiane de la lèvre est envahie au niveau de son bord libre sur une longueur de 2 centimètres. La surface du cancroïde est ulcérée, lisse, non bourgeonnante, recouverte en certains points de croûtelles qui s'enlèvent facilement. Les bords ne sont pas indurés. Les ganglions du cou ne sont pas pris.

27 *juillet.* — Anesthésie avec le protoxyde d'azote; nous enlevons avec les ciseaux la partie atteinte. — Suture. Pansement de Lister.

1er *août.* — Nous enlevons les fils : réunion.

3. — Le malade est absolument guéri. Exeat.

Obs. DCLI. — *Epithélioma de la lèvre inférieure, récidivé dans les ganglions sous-maxillaires. Pas d'opération possible.* — Touret (Louis), trente-quatre ans, maçon, entre le 14 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Mère morte d'un cancer du sein, père bien portant. Bonne

santé habituelle. Il y a deux ans il vit apparaître à la lèvre inférieure et à droite une ulcération cancroïdale recouverte d'une croûte de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, elle resta stationnaire. Il y a un an on l'enleva au bistouri, en province, mais à ce moment existait une grosseur au cou qui ne fut pas enlevée. Cette grosseur augmenta et les ganglions voisins se prirent. Un médecin appelé incise; recrudescence de la tuméfaction : la nuit, élancements avec irradiations dans la tête, le front et les oreilles. Amaigrissement.

A son entrée. — Teinte jaunâtre générale de la peau, marquée surtout à la face. La région hyoïdienne est complètement envahie et occupée par des bosselures fluctuantes par places, dures à d'autres, ulcérées en sept endroits différents. Ces ulcérations sont grandes à peine comme une pièce de vingt centimes, cratériformes, couvertes de fongosités mollasses, grisâtres : il s'en écoule un pus séreux, fétide. Petits ganglions mastoïdiens à gauche. Plancher de la bouche occupé par une tuméfaction un peu bosselée surtout à gauche et s'étendant de chaque côté jusqu'aux piliers du voile du palais. — Pas d'opération possible. Badigeonnages de chloral, et chlorate de potasse à l'intérieur.

Obs. DCLII. — *Epithélioma ulcéré d'un ganglion sous-maxillaire gauche développé à la suite de l'ablation d'une tumeur de même nature de la lèvre inférieure. Ablation par le bistouri.* — Garnier (Eugène), quarante-huit ans, vigneron, entre le 17 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans apparition d'un bouton verruqueux sur la lèvre inférieure au voisinage de la commissure gauche. Destruction par les caustiques. Récidive deux ans plus tard dans un ganglion sous-maxillaire. Le malade vint nous voir et nous fîmes en ville l'ablation du ganglion malade en même temps que celle d'une portion de l'angle de la mâchoire, le 4 juillet 1881. Guérison rapide. Il y a trois mois un noyau de récidive s'est fait à la partie moyenne de la cicatrice : développement rapide.

Etat actuel. — La région sous-maxillaire gauche est déformée par une tumeur irrégulièrement ovoïde à grand axe oblique de haut en bas et d'arrière en avant, étendue du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à l'extrémité de la grande corne de l'os hyoïde. Son volume est égal à celui d'un œuf de poule. La peau qui la recouvre offre l'aspect noueux, bosselé, tuberculeux, de certaines chéloïdes; à l'extrémité inférieure elle est le siège d'une ulcération à surface végétante, fongueuse, saignante. Les fongosités sont séparées par des anfractuosités remplies de pus, d'ichor et de débris épithéliaux. Les bords sont irréguliers, saillants et disposés en bourrelets par place, taillés à pic en d'autres points. Au toucher la peau est dure, de con-

sistance fibreuse. Elle adhère à la tumeur sous-jacente. Celle-ci envoie un prolongement volumineux, profond, mal limité du côté de la glande sous-maxillaire et jusqu'à l'os hyoïde. Elle est soudée à l'angle de la mâchoire et aux couches profondes. Rien dans les ganglions voisins. Pas de phénomènes de compression vasculaire ou nerveuse. Douleurs lancinantes intermittentes. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

21 *janvier*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous circonscrivons tous les téguments malades par une incision elliptique ; nous disséquons la tumeur aussi largement que possible, ce qui nous entraîne à sacrifier une partie du masséter, l'angle de la mâchoire et toute la glande sous-maxillaire. La veine faciale, très volumineuse, a été ouverte. Nous la saisissons avec des pinces. En arrière il existe un prolongement qui s'étend jusqu'à la gaine du faisceau vasculo-nerveux carotidien. Il nous est heureusement possible de l'isoler sans toucher à des organes importants. L'opération laisse une plaie longue de 10 centimètres et large de 6 : 16 pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux saignants. — Pansement phéniqué. — Deux heures après on lève les pinces. Même pansement et compression ouatée.

23. — Pas de réaction fébrile, pas d'hémorrhagie.

30. — Suppuration modérée. Cicatrisation marche très rapidement et s'effectue comme pour une plaie simple.

9 *février*. — Il reste une plaie insignifiante. Exeat.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé.

Obs. DCLIII. — *Chéloïde de la lèvre. Ablation. Guérison.* — Félicie Frapez, vingt-six ans, institutrice, mai 1881. La malade porte à la lèvre inférieure, à un centimètre du bord muqueux près de la ligne médiane (côté droit), une petite tumeur rougeâtre constituée par du tissu cicatriciel vascularisé sans augmentation considérable du volume de la région et présentant les dimensions d'une pièce de 20 centimes. Elle en fait remonter l'origine à une chute qu'elle a faite il y a seize ans. Renversée dans le sable elle avait la figure remplie de graviers; il doit en être resté quelques-uns, dit-elle, dans la tumeur. Longtemps sans modifications, l'affection augmente depuis quelques temps d'une façon très sensible. Des scarifications faites pendant un mois par un praticien de la ville n'ont pas arrêté cette marche envahissante. — Prise entre deux incisions obliques et qui n'atteignent de la lèvre que la partie cutanée, la tumeur est enlevée sans grande difficulté. Les deux coronaires ont été d'ailleurs préventivement pincées. — Trois points de suture, et bandelettes collodionnées. Pansement phéniqué.

15 *mai*. — Les bandelettes sont retirées. Un des points de su-

ture a ulcéré la peau et l'on ne saurait désormais compter sur la réunion immédiate, chose fâcheuse au point de vue de la récidive; les deux autres points sont relevés.

18. — Réunion secondaire. Nous cautérisons la plaie au nitrate d'argent. — Guérison le 25.

En janvier 1882, la guérison restait parfaite.

Obs. DCLIV. — *Hypertrophie simple d'une glande en grappe de la joue, annexée au canal de Sténon. Ablation.* — Foissy (Cécile), vingt-deux ans, demoiselle de magasin, se présente à notre clinique le 1er juillet 1882. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière. Il y a quatre mois après s'être mordue, elle remarqua à la face interne de la joue gauche, à 3 centimètres de la commissure labiale correspondante, une tumeur indolente, aplatie, du volume d'une moitié d'amande, offrant au toucher une consistance ferme et donnant une sensation granuleuse. Cette production se développa rapidement, puis suivit une marche régressive sous l'influence de badigeonnages de teinture d'iode sur la muqueuse. Toutefois elle conserva des dimensions assez considérables pour inquiéter la malade.

Etat actuel. — La face interne de la joue gauche est déformée par une tumeur, étalée, aplatie, du diamètre d'une pièce de 2 francs, étendue dans le sens antéro-postérieur du voisinage de la commissure labiale gauche à l'orifice du canal de Sténon. La surface lisse, unie, convexe, est recouverte par une muqueuse amincie, tendue, de coloration rosée qui laisse voir par transparence un tissu de teinte bleuâtre comme cela se rencontre dans certaines grenouillettes. Pas de vascularisation anormale, pas d'œdème inflammatoire. Au toucher, la tumeur siège entre la face profonde de la muqueuse et le muscle buccinateur, elle semble contracter des connexions intimes avec l'orifice du canal de Sténon par son bord supérieur. La consistance est ferme, élastique, rénitente, comme celle des hypertrophies glandulaires. En saisissant toute l'épaisseur de la joue entre le pouce et l'index on sent une série de granulations du volume de grains de millet qui rappellent la forme et la consistance des acini d'une glande en grappe hypertrophiée. La peau de la joue conserve sa mobilité et ses caractères physiologiques. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Pas de troubles de la salivation. Indolence. État général satisfaisant.

1er *juillet.* — Pas d'anesthésie. Nous circonscrivons la tumeur à l'aide d'une incision circulaire faite avec le bistouri et nous disséquons sa face profonde, partie avec le bistouri, partie avec des ciseaux. Ecoulement sanguin insignifiant, facilement arrêté par la filo-pressure. — Suture avec des fils de soie.

A la coupe : la tumeur présente les caractères d'une glande en

grappe dont les lobes, les lobules et les acini sont hypertrophiés.

Examen histologique. — Culs-de-sac glandulaires multiples à épithélium normal. Irritation du tissu conjonctif du voisinage. Les acini hypertrophiés sont remplis de mucus. Cette tumeur appartient au groupe des hypertrophies simples (adénomes de quelques auteurs).

Le surlendemain de l'opération ; infiltration œdémateuse du pourtour de la plaie, sans importance du reste. La malade continue à se gargariser, et à se faire de simples lavages d'eau fraîche.

Au bout de quelques jours nous retirons les fils ; l'infiltration œdémateuse a disparu, et la cicatrisation est complète.

Obs. DCLV. — *Epithélioma occupant toute la face interne de la joue gauche. Ablation. Guérison.* — Clochet (Constant), cinquante-quatre ans, marchand ambulant, entre le 10 juin 1882, n° 10, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a six mois, il remarqua à la face interne de la joue gauche, au voisinage de la commissure labiale, une tumeur du volume d'un haricot développée à la surface de la muqueuse, dure, indolente. Cette production fit des progrès rapides, elle s'ulcéra il y a trois mois, et s'étendit alors dans tous les sens, des cautérisations répétées avec divers caustiques ne firent qu'accélérer sa marche.

État actuel. — La commissure labiale gauche est déformée et en partie détruite par une ulcération cratériforme, empiétant de 1 centimètre sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure, à bords saillants, irréguliers, composés de nodules indurés : à fond excavé, rouge, hérissé de saillies papilliformes coiffées de cônes épithéliaux hypertrophiés ou en partie érodés et saignants. Les sillons qui séparent les bourgeons sont remplis de pus, d'ichor et de débris épithéliaux. Lorsque le malade ouvre la bouche on voit que la face interne de la joue est envahie par une ulcération présentant les mêmes caractères et étendue dans le sens vertical du sillon gingivo-génien supérieur au sillon inférieur correspondant et dans le sens antéro-postérieur de la commissure labiale à la tubérosité maxillaire. Au fond du vestibule, l'ulcération contourne la gencive de la dernière grosse molaire et s'étend jusqu'au pilier antérieur du voile du palais. Au toucher on sent que l'ulcération repose sur une base indurée dont l'épaisseur est variable suivant les points. Au voisinage de la commissure labiale, toutes les parties molles de la joue sont envahies y compris la peau qui est adhérente sur une hauteur de 2 centimètres et sur une longueur de 4, au delà de ce point les désordres sont limités à la muqueuse ; les muscles et les téguments sont indépendants. Douleurs continues lancinantes. Fétidité de l'haleine. Gène de la mastication et de la phonation. Rien dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens. Rien dans les viscères thoraciques et

abdominaux. Etat général peu satisfaisant ; émaciation : anémie.

1er *juillet.* — Chloroforme. Position habituellement usitée par nous, pour les opérations sur la bouche : décubitus dorsal, tête relevée par des alèzes. Eponges montées au fond du vestibule de la bouche. A l'aide des ciseaux nous faisons deux sections circonscrivant l'ulcération cratériforme de la commissure et la portion de la joue où les parties molles sont envahies dans toute leur épaisseur, y compris la peau. L'une de ces sections porte sur la lèvre supérieure et contourne le bord supérieur de la commissure, l'autre porte sur la lèvre inférieure et contourne le bord inférieur. Ces deux sections vont ensuite se rejoindre vers le milieu de la joue, de façon à ce qu'elles taillent un lambeau en raquette qui se trouve complètement détaché. Ceci fait nous disséquons largement la muqueuse génienne dans tous les points où elle est envahie et nous nous attachons spécialement à dépasser les limites du mal du côté de la tubérosité maxillaire et du pilier antérieur du voile du palais. — Affrontement possible à l'aide de huit fils métalliques. Quatre pinces hémostatiques sont laissées en place pendant deux heures. Pansement phéniqué.

5. — Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. On enlève les fils, on les remplace par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention, suppuration modérée par la bouche. Alimentation liquide.

13. — Guérison. Sortie.

Obs. DCLVI. — *Epithélioma de la face interne de la joue derrière la commissure droite des lèvres. Opération. Guérison.* — Vimard (Isidore), quarante-six ans, conducteur de tramways, entre le 10 janvier 1881, au n° 81 de la salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Chancre, il y a vingt ans, soigné sans mercure ni sirop; aucun autre accident. Bonne santé habituelle. Il y a deux mois, éprouve une douleur dans une dent à droite sans grandes douleurs à la joue où il se fait une ulcération : haleine fétide, etc., se fait arracher au bout de trois semaines, la dent qu'il croyait cause de l'ulcération de la joue : aucune amélioration, élancements pendant la nuit retentissant dans l'oreille du même côté. Bon état général.

A l'entrée. — Tumeur de la grandeur d'une pièce de 5 francs à peu près, arrondie, siégeant directement, en arrière de la commissure, à la face interne de la joue droite; aplatie, formant une élévation d'environ 3 à 4 millimètres, sa surface est fongueuse, grisâtre par places ne saignant pas facilement. Au toucher elle est indurée et n'atteint pas le maxillaire inférieur, non plus que le supérieur : pas d'adénopathie, haleine fétide. Gargarisme au chlorate de potasse, badigeonnages avec une solution de chloral au vingtième.

6 *février.* — Le néoplasme s'est fort étendu et occupe presque

toute la face interne de la joue, il empiète même un peu sur chaque lèvre, principalement sur l'inférieure, de plus les douleurs deviennent très violentes. L'état général est peu atteint. — Anesthésie par le chloroforme. La tumeur tout entière est enlevée avec des ciseaux. Les bords irréguliers de la solution de continuité sont réunis par des points de suture à la soie.

8. — L'état général est resté bon. La réunion semble complète : on enlève les sutures. Le malade cependant ne peut écarter les mâchoires.

10. — Peu à peu la cicatrice s'est détruite dans presque toute sa longueur. La cicatrisation se fait dans la suite de proche en proche et d'arrière en avant.

10 *mars*. — Le malade part pour Vincennes. Il reste un tiers antérieur de la perte de substance non obturée : la cicatrice est complète ; mais l'écartement des mâchoires n'est que de 1 centimètre.

Obs. DCLVII. — *Epulis de la gencive supérieure. Ablation. Guérison.* — Gros, quarante-neuf ans, femme de ménage, juillet 1882 (externe). Pas d'hérédité. Jamais de maladies. Porte une petite grosseur sur la gencive supérieure, dont le début remonte à trois ans. Pas de souffrances.

Etat actuel. — Petite tumeur située sur la gencive supérieure au niveau de la racine d'implantation de la dent canine gauche ou plus exactement entre le point d'implantation de la canine gauche et celui de la dernière incisive. Son volume est celui d'une noisette : d'une dureté, d'une résistance caractéristique, adhérence aux parties profondes assez prononcée. Etat général excellent.

10 *juillet*. — *Opération*. — La malade n'est pas endormie. La molaire et l'incisive sont relevées. On se sert d'une curette pour enlever et énucléer la tumeur : l'énucléation est en somme très facile. L'implantation est profonde, mais toute la partie adhérente au périoste et à l'os est largement enlevée. Lavages répétés.

En peu de jours, et sans souffrances, la guérison était complète.

Obs. DCLVIII. — *Grenouillette. Ponction. Tube à drainage. Guérison.* — Jolivet (Henri), vingt-deux ans, ciseleur, entre le 9 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. A la fin de novembre, il a commencé à ressentir des picotements sous la moitié gauche de la langue et une certaine difficulté pour attirer au dehors la pointe de l'organe. Ayant regardé dans un miroir, il n'a rien observé de particulier. Mais quatre ou cinq jours après, examinant de nouveau, il a vu une petite tumeur ovoïde à extrémité dirigée d'avant en arrière et dont il évalue le volume, et la forme aussi, à une noisette. Depuis, la tumeur s'est accrue rapidement : et le gêne de plus en plus pour l'alimentation et pour parler.

Etat actuel. — Sous le côté gauche de la langue, près du frein,

est une tumeur ovoïde du volume d'un œuf de pigeon. La muqueuse à sa surface est un peu bleuâtre et parsemée de veinules. Elle est molle, fluctuante, sans chaleur et indolente à la pression. Gêne de la parole et de la mastication. Le malade ne peut en effet, ramener avec la pointe de la langue le bol alimentaire et est obligé de se servir du bout du doigt.

11 *janvier*. — Ponction de la tumeur. Il s'écoule un liquide clair, visqueux, filant. Passage d'un tube de petit calibre. — 23. Guérison.

Obs. DCLIX. — *Grenouillette. Séton. Guérison.* — Duplessix (Paul), vingt-huit ans, cordonnier, entre le 12 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 78. Depuis une quinzaine de jours, il éprouve une certaine gêne et même une douleur dans la bouche sous la partie inférieure de la langue. Il y a dix jours, ayant regardé, il s'est aperçu qu'une tumeur s'était développée dans cette partie, elle était alors du volume d'un haricot.

Etat actuel. — Tumeur du volume d'une petite noix sur la paroi inférieure de la bouche, au-dessous de la langue et s'étendant un peu plus à gauche. Elle est molle, fluctuante, d'un rouge violet, demi-transparente, légèrement douloureuse, gênant les mouvements de la langue et rendant difficile la prononciation.

On la traverse de part en part avec une aiguille armée d'un fil de caoutchouc. Écoulement d'un liquide visqueux, blanc jaunâtre.

Guérison au bout de seize jours.

Obs. DCLX. — *Grenouillette. Ponction. Injection iodée. Guérison.* — Borelli (Léon), vingt et un ans, cordonnier, entre le 28 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 18. Sujet lymphatique, mais sans antécédents pathologiques. Il y a sept mois, il a remarqué pour la première fois, sur le plancher de la bouche, une tumeur du volume d'un pois, indolente ; mais gênante pendant la mastication. Cette tumeur, quand il s'en est aperçu, était dure, à surface inégale. La muqueuse qui la recouvrait paraissait en tout semblable à celle de la cavité buccale. Pendant trois mois, elle resta stationnaire, puis grossit avec une certaine rapidité. En même temps, elle devenait de plus en plus gênante même pour parler.

A son entrée. — Nous constatons sur le plancher de la bouche, au-dessous de la pointe de la langue, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. La muqueuse à sa surface est rougeâtre et semble plus épaisse que celle des parties voisines. La tumeur est mobile sur les parties sous-jacentes, fluctuante, résistante, peu douloureuse à la pression. En avant de la tumeur et un peu en bas, on reconnaît l'orifice des canaux de Wharton. Si l'on presse sur la tumeur, on voit sourdre par ces orifices des gouttes d'un liquide blanc qui n'est autre chose que de la salive.

30 *septembre*. — Ponction avec un trocart de petit calibre : drain

à demeure qui permettra les lavages de la poche kystique avec de l'eau iodée.

22 *octobre.* — Rien après l'opération. — Guérison. Sortie.

Obs. DCLXI. — *Grenouillette sus-hyoïdienne. Ponction.* — De Foudoie, vingt-neuf ans, 2 avril 1881 (externe). Le début de la tumeur remonte à deux ans. Sub-linguale dans le principe et longtemps cantonnée dans cette région, elle fut alors ponctionnée par la bouche et simplement vidée de son volume. Le liquide qui fut ainsi retiré parut clair et limpide au malade, la tumeur demeure quatorze mois sans récidive.

Depuis trois mois, elle est apparue une seconde fois, d'abord dans la bouche comme au début, puis à la région sus-hyoïdienne. Au moment où nous voyons le malade, elle forme à ce niveau une tumeur du volume d'un œuf de poule : molle, fluctuante, elle occupe la région de la glande sous-maxillaire et paraît assez nettement circonscrite par les deux ventres du digastrique. Elle est, de plus, réductible à la pression et au moment où on la voit diminuer de volume, on constate que la grenouillette sub-linguale augmente sensiblement. D'ailleurs, par un phénomène inverse, la pression de cette dernière fait revenir le liquide dans la partie sus-hyoïdienne.

Le malade refuse une opération. Nous nous contentons de ponctionner la grenouillette et en pressant sur la tumeur sus-hyoïdienne. Nous faisons sortir à peu près tout le liquide qu'elle contient.

Le malade n'a pas été revu.

Obs. DCLXII. — *Kyste volumineux de la glande sous-maxillaire envoyant un prolongement simulant une grenouillette. Ablation du kyste et de la glande.* — Jactin (Marie), dix ans, écolière, est présentée à notre clinique le 6 mai 1882. Enfant bien constituée. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans, elle commença à éprouver sous la langue une sensation de corps étranger et remarqua sur le côté droit du frein et sur la partie correspondante du plancher de la bouche une tumeur transparente, indolente, du volume d'un gros pois, qui fit des progrès rapides. Elle fut conduite à un hôpital d'enfant où l'on diagnostiqua une *grenouillette sublinguale*, et l'on fit une première opération. La tumeur reparut et nécessita deux autres opérations, la récidive se faisant chaque fois rapidement. A chaque récidive, la tumeur, toujours peu considérable du côté de la muqueuse buccale, devenait de plus en plus appréciable dans la région sous-maxillaire droite tout en restant indolente. Il y a quelques jours, la portion buccale s'est en partie vidée par une ouverture spontanée, sans que ce phénomène modifiât les dimensions de la tumeur sous-maxillaire.

Etat actuel. — Lorsque la bouche est ouverte et la langue relevée

on voit au côté droit du frein sur le trajet du canal de Wharton dont elle suit la direction, une tumeur du volume d'une noisette, arrondie, globuleuse, à surface lisse et unie, sans bosselures. La muqueuse qui la recouvre, extrêmement distendue et amincie, est exsangue, décolorée et laisse voir par transparence le contenu liquide de la tumeur, qui est irréductible. La région sous-maxillaire droite est déformée par une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, répondant par son siège et sa direction à la glande sous-maxillaire, elle est oblongue, dirigée transversalement, étendue de l'angle de la mâchoire à deux travers de doigt de la symphyse du menton. Sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre un peu en arrière et tendue est saine et laisse voir par transparence des veines sous-cutanées bleuâtres, non dilatées. Du côté opposé on observe d'ailleurs des veines de tout point semblables. Au toucher, on constate que la peau est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci offre une consistance non homogène ; elle est mollasse et comme spongieuse dans sa partie externe, fluctuante dans sa partie interne. Elle est partiellement compressible et réductible à la pression, sans que toutefois la tumeur buccale devienne plus volumineuse. Il semble qu'une partie de sa masse a la structure de l'angiome. Indolence. Rien d'appréciable dans les ganglions sous-maxillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Etat général très satisfaisant.

6 *mai.* — Chloroforme. La malade étant couchée dans le décubitus dorsal, la tête soulevée par des alèzes afin de faire saillir la tumeur, nous faisons à la surface de celle-ci, à l'aide du bistouri, une incision convexe en bas, parallèle au bord inférieur du maxillaire, étendue de l'angle de la mâchoire à deux travers de doigt de la symphyse du menton : la glande sous-maxillaire étant à découvert, nous constatons qu'elle est traversée par des veines volumineuses et que son extrémité antéro-interne renferme un kyste du volume d'une grosse noix qui s'enfonce dans l'épaisseur des parties molles du plancher de la bouche suivant la direction du canal de Wharton. Nous essayons d'énucléer le kyste et nous y réussissons en partie en nous aidant des doigts et de la spatule, mais sa partie profonde est très difficile à atteindre et ce n'est qu'à l'aide d'une dissection minutieuse que nous parvenons à l'isoler, ainsi que le prolongement buccal de la tumeur. Les difficultés sont accrues par le développement considérable des veines de la région qui donnent beaucoup de sang, et par l'extrême minceur des parois du kyste que l'on peut comparer à celle d'une pelure d'oignon. Malgré nos précautions ces parois se rompent et laissent écouler 80 grammes d'un liquide visqueux, transparent, incolore, analogue à celui de la grenouillette. En même temps que le kyste, nous énucléons la glande sous-maxillaire. — Drain. Suture. Pansement phéniqué.

Examen de la pièce. — La glande sous-maxillaire a le même volume que chez l'adulte. A la coupe, elle offre l'aspect de l'hypertrophie simple et est remarquable par le nombre et le volume des veines qui la traversent. Le kyste développé aux dépens de sa portion antérieure est appliqué sur le canal de Warthon, ses parois très minces, sont tapissées d'épithélium qui lui donne l'aspect lisse et uni d'une séreuse. En un mot, nous avons affaire à une tumeur adéno-kystique de la glande sous-maxillaire.

10. — Pas de réaction fébrile. On enlève les fils. Réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie. Plaie insignifiante du plancher de la bouche.

19. — Guérison. Sortie.

Obs. DCLXIII. — *Kyste dermoïde sous-maxillaire avec prolongement buccal : contenu à la fois liquide et solide. Ablation. Guérison.* — Gérondeau (Delphine), trente ans, cuisinière, entre le 10 juin 1882, n° 49, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques mais ophthalmies, adénites cervicales et gourme dans l'enfance. Bonne santé habituelle depuis. Il y a sept ans, sans causes connues, elle remarqua au-dessous de l'angle gauche de la mâchoire une tumeur du volume d'une noisette, mobile sous la peau, indolente, qui fit des progrès rapides. Elle fut opérée l'année suivante et il s'écoula un liquide transparent comme de la salive. La récidive se fit presque aussitôt.

État actuel. — La région sous-maxillaire gauche est déformée par une tumeur globuleuse du volume d'une orange, étendue de la symphyse du menton au bord antérieur du sterno-mastoïdien à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau, tendue et amincie, n'offre ni changement de coloration, ni vascularisation anormale, ni altération de structure, elle porte seulement la cicatrice de l'ancienne opération et présente une transparence qui permet de voir la coloration bleuâtre de la tumeur à laquelle elle adhère intimement. Celle-ci est molle, liquide, dépressible, franchement fluctuante. Irréducticilité, pas de mouvements d'expansion et d'affaissement. Pas de battements isochrones à ceux du pouls. La tumeur adhère aux couches profondes et s'engage dans l'épaisseur du plancher de la bouche. Lorsque la malade écarte les mâchoires et lève la langue, on voit entre les deux dernières grosses molaires gauches et le bord correspondant de la langue une tumeur allongée en forme de bourrelet, recouverte par une muqueuse tendue, amincie, bleuâtre, translucide. Au toucher on sent qu'elle est liquide et fluctuante comme la tumeur extérieure et que la fluctuation s'étend manifestement de l'une à l'autre. Indolence. Pas de troubles de la sécrétion salivaire. Rien dans les ganglions sous-maxillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

10 *juin.* — Chloroforme. Les mâchoires sont maintenues ouvertes à l'aide de l'écarteur Luër. Avec le bistouri, nous faisons au-dessous et parallèlement au bord inférieur de la mâchoire une incision semi-elliptique qui passe par la trace de l'ancienne cicatrice qui est large de 2 centimètres, rugueuse et irrégulière. Les parois des kystes sont d'une extrême minceur et se confondent tellement avec la peau qu'elles semblent formées par elles. Nous incisons ces parois et nous voyons aussitôt s'écouler 100 grammes d'un liquide, transparent, limpide, légèrement jaunâtre. Quand ce liquide est évacué, nous explorons la poche et nous reconnaissons qu'elle est à moitié remplie par une masse graisseuse, jaune foncé, agglomérée en boule et qui remplit la portion supérieure du kyste. A ce niveau, la cavité est anfractueuse et la masse graisseuse remplit les anfractuosités. Ni poils ni débris de squelette, bien que la tumeur ait tous les caractères des kystes fœtaux ou pileux. La masse graisseuse totale a le volume d'un œuf de poule. Nous enlevons ensuite les parois des kystes par voie de dissection afin d'éviter les récidives. Il existe des adhérences seulement au niveau des muscles du plancher de la bouche. — 15 pinces hémostatiques appliquées pendant l'opération peuvent être enlevées au bout d'une demi-heure. Drainage de la plaie et suture à l'aide de 8 fils métalliques. Pansement phéniqué.

12. — Pas de réaction fébrile et suppuration presque nulle, va bien, mais se plaint de douleurs dans les mouvements de déglutition.

26. — On a enlevé les fils le cinquième jour ; réunion par première intention, suppuration très modérée, on laisse encore le drain.

20 *juillet.* — La suppuration a été complètement tarie.

12. — On a enlevé le drain à cette époque ; actuellement cicatrisation complète. Guérison. Sortie.

Obs. DCLXIV. — *Adénome de la glande sublinguale droite, ablation de la tumeur par le bistouri. Guérison.* — Sahquet (Mathilde), quarante-cinq ans, journalière, se présente à notre clinique le 9 décembre 1882. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a un an, elle commença à éprouver sur le côté droit du plancher de la bouche une sensation de gêne douloureuse; en portant le doigt dans cette région elle constata la présence d'une tumeur molle qui s'est développée lentement et progressivement. L'évolution de cette production s'est accompagnée de douleurs locales assez vives et d'une gêne notable de la phonation et de la déglutition. Dans les derniers temps ces phénomènes se sont accentués.

Etat actuel. — Lorsque la malade ouvre la bouche et soulève la langue, on voit que la moitié droite du plancher buccal est déformée par une tumeur ovoïde, à grand axe antéro-postérieur, étendue d'avant en arrière de l'incision latérale, à la seconde grosse molaire

et occupant transversalement tout l'espace qui sépare la langue de l'arcade dentaire. Elle s'étale même sur les alvéoles des molaires qui font défaut. Son diamètre transversal est de 2 centimètres, son diamètre antéro-postérieur de 4 centimètres. La surface est lisse, unie, rosée, recouverte par une muqueuse saine, mais dans l'épaisseur de laquelle rampent un grand nombre de veinules dilatées. Il n'existe pas d'ulcération. Pas de symptômes inflammatoires.

Au toucher, la tumeur offre une consistance mollasse qui rappelle celle de certains lipomes, mais il n'existe pas trace de fluctuation. Elle se laisse déprimer par le doigt, tout en étant irréductible. En la saisissant entre le pouce et l'index on apprécie qu'elle est composée de grains qui rappellent ceux des glandes en grappes hypertrophiées. La pression provoque des douleurs. Rien dans les ganglions sous-maxillaires. État général satisfaisant.

9 *décembre*. — Chloroforme. La malade étant dans la position habituelle : hémostasie préventive ; incision de la muqueuse suivant le grand axe de la tumeur. Celle-ci offre tous les caractères des glandes en grappes hypertrophiées, nous l'enlevons par morcellement à l'aide des pinces à disséquer et du bistouri. Elle est elle-même très vasculaire.

Douze pinces hémostasiques appliquées pendant l'opération sont laissées pendant une heure, compression temporaire à l'aide d'une éponge fine. — Pansement phéniqué et ouaté compressif au bout d'une demi-heure.

A la coupe. — La tumeur est constituée par la glande sublinguale hypertrophiée : elle est composée de lobes et de lobules dont tous les acini ont subi une augmentation de volume notable. Elle ne renferme ni kyste ni portion solide de mauvaise nature.

La malade retourne chez elle où elle sera soignée par son médecin.

Nous apprîmes un mois plus tard que la guérison s'était effectuée rapidement et n'avait été entravée par aucune complication.

Obs. DCLXV. — *Epithélioma du plancher de la bouche, ayant envahi le maxillaire inférieur, le pilier gauche du voile du palais et les ganglions sous-maxillaires du même côté. Ablation de la tumeur et des ganglions malades, résection du maxillaire inférieur. Guérison.* — Bertholet (François), quarante-quatre ans, bijoutier, entre le 12 janvier 1881, n° 3, salle Sainte-Augustin. Sujet fortement constitué, sans antécédents héréditaires. Ni syphilis ni tuberculose. Fumeur de pipe. Il y a un an il remarqua sur le plancher de la bouche, à 2 centimètres en arrière de la canine inférieure gauche, un bouton, du volume d'un grain de riz, dur, indolent, déterminant la sensation de corps étranger. Il alla consulter un médecin qui le traita par le chlorate de potasse, néanmoins la tumeur fit des progrès rapides et ne tarda pas à s'ulcérer et à devenir saignante. Il y a huit mois un

ganglion sous-maxillaire gauche devint douloureux, induré et s'hypertrophia. A partir de ce moment le mal fit des progrès rapides tant du côté de la muqueuse buccale que du côté des ganglions. Le malade éprouva des douleurs vives, lancinantes, continues. Il y a quinze jours la peau s'est ulcérée au niveau des ganglions malades et cette nouvelle ulcération fait chaque jour des progrès.

Etat actuel. — Les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne gauches sont déformées par une tumeur du volume d'une mandarine, arrondie, glanduleuse, sans bosselures apparentes. Le bord antérieur dépasse la ligne médiane, le bord postérieur s'étend jusqu'à 1 centimètre et demi de l'angle gauche de la mâchoire. Le bord supérieur se confond avec le corps du maxillaire. Le bord inférieur descend à 1 centimètre au-dessous de l'os hyoïde. La peau qui la recouvre est tendue, luisante, amincie, rosée. A la partie déclive, qui est la plus saillante, elle offre une ulcération circulaire de 2 centimètres et demi de diamètre, à surface rouge, granuleuse, hérissée de bourgeons charnus mollasses et saignants; les anfractuosités de cette ulcération sont baignées par un ichor fétide et remplies de pus et de détritus épithéliaux. Les bords sont constitués par la peau boursouflée, saillante et violacée par place, amincie, décollée et livide sur d'autres points. La consistance de cette tumeur est dure, fibroïde, homogène, sans points ramollis ou fluctuants. La peau est adhérente dans l'étendue de 1 centimètre au pourtour de l'ulcération. La tumeur adhère au périoste du maxillaire. La bouche étant ouverte et la langue relevée, on voit que la muqueuse du plancher est envahie par une ulcération en fer à cheval étendue de la première molaire droite au pilier antérieur gauche du voile du palais, en contournant la face inférieure de la langue. Dans le sens transversal, elle occupe tout l'espace compris entre cet organe et le maxillaire, envahissant la face interne de la fibro-muqueuse alvéolaire depuis la canine droite jusqu'à la dent de sagesse gauche. La surface de cette ulcération est fongueuse, anfractueuse, saignante, de coloration rosée, et rappelle les caractères de l'ulcération cutanée. Elle est de même baignée d'ichor, de pus et de débris épithéliaux. Au toucher on sent que cette ulcération repose sur une base indurée, épaisse, faisant corps avec la face interne du maxillaire inférieur, au niveau des incisions de la canine et des petites molaires. Haleine fétide, ptyalisme abondant, gêne de la mastication, de la déglutition et de la salivation, douleurs lancinantes. Insomnie. Emaciation.

15 *janvier.* — Chloroforme. Le malade est couché dans la situation habituelle. Incision de toutes les parties molles jusqu'à l'os, suivant le bord inférieur de la mâchoire, se prolongeant jusqu'à l'angle et s'arrêtant à droite à 1 centimètre en avant de l'angle opposé. A l'union du tiers externe gauche de cette incision avec les

deux tiers internes, nous en faisons une seconde dirigée verticalement et mesurant 6 centimètres. Nous disséquons les bords de celle-ci afin de mettre à nu les ganglions malades, mais comme la peau est envahie, nous sommes obligés de la sacrifier dans cette étendue. Nous enlevons alors la tumeur par morcellement en nous servant du doigt et de la spatule. Elle est adhérente en plusieurs points, particulièrement au niveau du point du maxillaire; en ce point l'énucléation est impossible et il faut faire une véritable dissection. La tumeur extérieure étant enlevée, nous introduisons au fond du vestibule de la bouche, et de chaque côté, des éponges montées sur de longues pinces afin d'empêcher le sang de s'engager vers les voies aériennes.

Ceci fait, comme le corps du maxillaire inférieur est envahi, nous le réséquons avec la scie du polytritome. A cet effet, nous détachons, par dissection, les parties molles qui recouvrent la face externe de cet os, depuis la première molaire droite jusqu'au niveau de la seconde molaire gauche; en procédant de bas en haut par l'incision transversale que nous avons faite au début de l'opération. Nous sommes obligés d'enlever en même temps la presque totalité du périoste qui est envahi par le tissu morbide; il ne nous est possible de conserver qu'une légère portion du bord inférieur au voisinage de la symphyse. L'os étant complètement dénudé et les parties molles rétractées en haut, nous faisons passer deux traits de scie de chaque côté du corps de l'os au niveau des secondes molaires droite et gauche de façon à isoler complètement la portion moyenne de l'os. Jusqu'à ce temps de l'opération nous avons ménagé la muqueuse buccale. Nous procédons alors à l'ablation des parties molles du plancher de la bouche. Mais comme la langue ne sera plus soutenue par ses insertions maxillaires, nous la transfixons préalablement à l'aide d'un fil que nous fixons à la joue avec des bandelettes collodionnées, afin de l'empêcher de tomber vers le larynx. Toutes les parties molles du plancher, une partie des muscles de la langue, la moitié inférieure du pilier antérieur gauche du voile du palais étant envahies sont disséquées et enlevées largement au delà des limites du mal. Dans cette opération, les artères linguales, les nerfs lingual et grand hypoglosse, les glandes sublinguales et une partie des glandes sous-maxillaires sont sacrifiés. — Drain sortant par la plaie sus-hyoïdienne, quinze points de suture métallique. Pansement phéniqué.

23. — La température a oscillé pendant six jours entre 38° et 39°. On a enlevé les fils les quatrième et cinquième jours. La réunion est obtenue par première intention, sauf au niveau de l'orifice de sortie du drain. Les tissus sont maintenus rapprochés à l'aide de bandelettes collodionnées. L'état de la cavité buccale est aussi satisfaisant que possible, néanmoins il se fait une suppuration

assez abondante. — Lavages répétés avec l'eau vineuse. Alimentation liquide.

2 *février*. — La plaie buccale est presque complètement cicatrisée, à peine quelques gouttes de pus. Le malade se lève depuis quatre jours.

12. — On enlève le drain. Cautérisation des bourgeons charnus.

24. — Guérison. Exeat.

Obs. DCLXVI. — *Epithélioma du plancher de la bouche chez un diabétique. Ablation. Mort. Autopsie.* — Le nommé Bouillat (Alexandre), cinquante-cinq ans, rentier, entre le 31 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 51. Pas d'antécédents. Ce malade a eu, il y a quatre ans, une très légère attaque d'apoplexie, après laquelle il est resté aphasique pendant quelques jours. Depuis cette époque aussi il est plus faible du côté droit du corps. Il y a environ trois ans, son médecin s'est aperçu que ses urines contenaient une grande quantité de sucre : traitement anti-diabétique. Il y a à peu près un an petits boutons sur le plancher de la bouche, près de l'insertion de la langue : ces boutons augmentèrent peu à peu. Depuis deux mois la maladie a fait des progrès rapides.

Etat actuel. — Le plancher de la bouche est transformé en une surface villeuse, dure, rétractée, grisâtre, sécrétant un liquide purulent assez abondant. La langue paraît saine. Pas de ganglions atteints. Les dents, intactes, sont repoussées en avant : salivation abondante; haleine horriblement fétide. Le malade ne peut mâcher, toutefois il avale très bien et les digestions sont bonnes, l'appétit excellent. Le malade est diabétique dans de très fortes proportions. Pas d'albuminurie. — Pendant quelques jours on le soumet à un traitement spécial (abolition complète des féculents. Pain de gluten, viandes, fromages, œufs, tisanes édulcorées avec de la glycérine. Eau de Vichy).

12 *août*. — Le sucre paraît avoir un peu diminué. — *Anesthésie.* — La lèvre inférieure est fendue sur sa partie médiane : l'incision est prolongée jusqu'au milieu de la région sus-hyoïdienne. Les deux lambeaux de lèvre sont écartés et le maxillaire inférieur, mis à nu, est scié vers sa partie médiane. On attaque alors l'épithélioma : celui-ci est enlevé complètement. Après son ablation, il ne reste plus rien du plancher de la bouche : hémorrhagie abondante difficile à arrêter, se produisant en nappe; un fil de catgut est jeté sur les deux ranines; onze pinces sont laissées dans la bouche.

On fait ensuite la suture de la lèvre inférieure, puis on passe un tube en caoutchouc à travers l'épaisseur de la langue, lequel tube est fixé sur la poitrine par un bandage en diachylon, afin que la langue ne retombe pas sur l'orifice supérieur du larynx.

Pendant la nuit le malade peut un peu dormir. On réussit à lui faire prendre une potion cordiale.

13. — On retire les pinces : pas d'hémorrhagie à partir de ce moment, le malade ne souffrit plus; il commença à pouvoir avaler des substances liquides ne contenant ni sucre ni féculents. Le lait lui est également interdit.

15. — La lèvre inférieure est complètement réunie. Ablation de deux points de suture. Suppuration assez abondante du plancher de la bouche; le malade est obligé de cracher à chaque instant. Appétit assez bon.

16. — Sans cause connue autre que le diabète : coma, dyspnée, respiration stertoreuse, mort rapide.

Autopsie. — Absence d'abcès métastatiques. Le *foie*, la *rate* sont intacts. Les *poumons* sont légèrement congestionnés à leur base. Léger emphysème des parties antérieures et supérieures. — Du côté du *cerveau*, rien. — Du côté du *bulbe*, au niveau du quatrième ventricule, un peu au-dessus et à gauche de l'*eminentia teres*, existe une cicatrice très nette d'ancienne hémorrhagie; elle a près de 1 centimètre de long et est aplatie de dehors en dedans. C'est là la cause probable de l'hémiplégie qu'a eue ce malade. Il est très possible aussi que ce soit la cause de son diabète que le médecin n'a constaté qu'après l'hémiplégie.

Rien à noter autour du *plancher de la bouche.*

Obs. DCLXVIII. — *Épithélioma du plancher de la bouche. Opération. Septicémie. Mort. Autopsie.* — Chérèque (Jean-Baptiste), quarante-deux ans, clerc d'avoué, entre le 14 janvier 1881, au n° 10 de la salle Saint-Augustin. Il y a un an, le malade, jusqu'alors bien portant et sans maladie grave antérieure, sentit un bouton sous la langue. On lui conseilla des gargarismes au chlorate de potasse et des cautérisations au nitrate d'argent. Bientôt la langue se tuméfia, la mastication devint douloureuse et, quatre ou cinq mois après le début, les ganglions sous-maxillaires, à gauche surtout, s'engorgèrent. La marche envahissante a été incessante; la tumeur ganglionnaire s'est ulcérée il y a quinze jours; quelques hémorrhagies, peu abondantes, se sont déclarées et la douleur à la mastication est devenue spontanée, s'irradiant habituellement dans les oreilles surtout à gauche. Amaigrissement notable, perte absolue des forces; appétit conservé. Pas de diarrhée. Haleine fétide.

A l'entrée. — Le plancher de la bouche est le siège d'un épithélioma qui s'étend en avant jusqu'au maxillaire inférieur. Les incisives sont disparues et remplacées par une échancrure à bords fongueux et rouges. En arrière, la langue est ulcérée au niveau du frein. Cette ulcération repose sur une tuméfaction dure qui s'étend jusque vers la pointe de la langue. Sur les côtés, dans les sillons gingivo-linguaux, le néoplasme, peu exubérant, s'étend à gauche jusque près du pilier antérieur, à droite un peu moins loin. Une tumeur ganglionnaire du

volume d'un œuf de poule, de forme ovoïde, se trouve vers le milieu de la branche horizontale du maxillaire à gauche ; elle est ulcérée à son sommet. Une autre tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, se trouve formée aux dépens des ganglions sterno-mastoïdiens à gauche aussi.

A droite, quelques ganglions sous-maxillaires sont pris ainsi que les ganglions sus-hyoïdiens.

15 *janvier.* — Anesthésie par le chloroforme. Incision elliptique suivant le bord inférieur du maxillaire dans la région sus-hyoïdienne. Ablation de la masse ganglionnaire cancéreuse. Décollement du périoste du maxillaire en avant et en arrière de la symphyse et du corps de l'os jusqu'à la deuxième grosse molaire de chaque côté. Section du maxillaire avec la scie circulaire du polytritome. On est obligé d'enlever à gauche un segment du reste du maxillaire envahi par la néoplasie. Excision par les ciseaux de la portion inférieure de la langue envahie et de tout le plancher de la bouche. On est encore obligé d'enlever une grande partie du périoste conservé en arrière de la symphyse ainsi que la peau recouvrant la principale tumeur ganglionnaire. Les artères sont pincées, entre autres la ranine droite. Sutures métalliques dans toute la moitié droite de la plaie et à la symphyse. A gauche, une large ouverture laisse passage à un faisceau de pinces. On suture la muqueuse à l'intérieur de la cavité buccale. La langue est retenue par un fil passé dans la pointe et attaché vers la tempe droite. — Pansement phéniqué. Lavages fréquents. Soir T. 37°,7 — P. 90. Le malade peut boire. Potion avec deux grammes de chloral.

17. — Pansement. — On enlève les pinces et la moitié des sutures à droite. La nuit dernière a été bonne grâce à une potion de 10 centigrammes d'opium. La salive s'écoule par la plaie sus-hyoïdienne. On en rapproche les deux lèvres avec des bandelettes de tarlatane collodionnées, lavages, etc.

18. — Pansement matin et soir. Assez bon état. On enlève encore quelques sutures.

20. — Teinte ictérique de la peau et des conjonctives, réaction des matières colorantes biliaires dans l'urine. Pas de frissons. Constipation depuis huit jours. Déglutition difficile. La température suit, depuis deux jours, une marche ascendante et continue, elle dépasse 39°,5 le 21 au soir.

22. — Douleur au côté gauche : rien à l'auscultation.

23. — Toux. — Sinapismes : la douleur disparaît.

26. — Toujours teinte subictérique : douleur vive au poignet droit, pas de frissons ni de diarrhée. La température se maintient à 39°. — Potion avec acide phénique 1 gramme et sulfate de quinine 1 gramme. — Pansement avec la solution d'acide phénique au vingtième.

2 *février*. — Depuis cinq jours le malade a été pris, la nuit, trois fois surtout, de violentes quintes de toux.

8. — La toux continue, crachats purulents : râles muqueux disséminés dans les deux poumons, mais principalement à gauche. Pas de matité. — Depuis quatre jours la température a monté le soir à deux reprises jusqu'à 41°. Une potion de Todd en plus. — Opium 0,15.

10. — Légère amélioration. — Sulfate de quinine 1 gramme, en solution, l'absorption en nature ayant été impossible hier. T. 39°,5. P. 116.

13. — Depuis trois jours, délire dans la nuit ; plus de douleurs. Température très irrégulière montant le 11 février à 40° le matin, puis descendant le soir à 38°. — Pouls presque constamment à 112. La toux diminue, le malade n'a plus la force de cracher, il meurt à 5 heures du soir.

Autopsie. Plèvres : pas d'épanchement. — *Poumons :* congestionnés. *A gauche :* adhérences au sommet gauche; à la base, vaste foyer purulent ayant déterminé une pleurésie adhésive telle qu'il est impossible de séparer en ce point le poumon de la cage thoracique. Dans tout le poumon sont disséminés des foyers purulents de la grosseur d'un pois. *A droite :* moins de congestion, moins de friabilité, quelques petits abcès à la partie postérieure et inférieure du lobe inférieur. — Rien au *cœur*, à la *rate* et au *foie*. — *Reins :* à droite rien ; à gauche pyélo-néphrite.

Etat de la plaie : bourgeons manifestement cancéreux durs par place. Les extrémités du maxillaire se cicatrisaient et s'étaient rapprochées de la ligne médiane.

Obs. DCLXVIII. — *Tumeur fibro-graisseuse pédiculée de la voûte palatine. Ablation. Guérison.* — Boquillon (Félicie), quarante ans, cartonnière, se présente à notre clinique le 24 décembre 1882. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Depuis quinze ans elle porte à la voûte palatine une tumeur qui, d'abord du volume d'un pois, est restée stationnaire pendant treize ans. Depuis deux ans elle s'est développée lentement et progressivement sans déterminer de douleurs, mais en provoquant une grande gêne de la déglutition et de la phonation. Dans les derniers temps cette gêne s'est tellement accentuée, que la malade se décide à venir à l'hôpital.

Etat actuel. — Lorsque la bouche est ouverte on voit, appendue à la voûte palatine, à un centimètre à droite de la ligne médiane et à un centimètre de l'union de la dent avec le voile du palais, une tumeur assez régulièrement globuleuse, du volume d'une grosse cerise, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures. La muqueuse qui recouvre cette tumeur est tendue, amincie, exsangue et laisse voir par transparence la teinte jaunâtre du tissu morbide. La tumeur s'implante par un pédicule court et étroit, elle est libre dans tout le

reste de sa surface. Au toucher sa consistance est solide, dure, ferme, résistante et rappelle celle du tissu fibro-graisseux. Indolence. — Pas d'autres troubles fonctionnels que ceux qui ont amené le malade. Rien du côté des fosses nasales et des régions voisines. Rien dans les ganglions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. Etat général satisfaisant.

24 décembre. — Pas d'anesthésie. La bouche étant maintenue ouverte à l'aide de l'écarteur Lüer, et la langue abaissée, nous saisissons la tumeur avec de longues pinces et nous sectionnons le pédicule et enlevons largement la base d'implantation. Il ne s'écoule que quelques gouttes de sang facilement arrêté par la compression temporaire avec une éponge fine.

A la coupe. — La tumeur présente l'aspect du fibro-lipôme : tronc fibreux, dense, circonscrivant des mailles remplies par du tissu adipeux : coloration jaunâtre, vascularisation peu abondante.

Le malade retourne chez lui et vient au pansement tous les deux jours. Guérison au bout de deux semaines.

Obs. DCLXIX. — *Tumeur cancéreuse de l'isthme du gosier.* Pas d'opération possible. (Pièce moulée et déposée dans notre collection du musée de Saint-Louis.) — Bonelut (Honorine), quarante-huit ans, entre le 6 janvier 1886, salle Sainte-Marthe, n° 52. — Cette femme entre dans le service pour une affection de la gorge remontant à vingt mois. Le début a été celui d'une amygdalite simple. L'inflammation persistant indéfiniment, la malade a consulté un médecin qui a prescrit du chlorate de potasse. Ce traitement demeurant inefficace, on a fait quelques cautérisations. Mais il en est résulté une inflammation considérable de toute la région cervicale, et l'on a dû renoncer à ce mode de médication. L'affection a continué à progresser.

Etat actuel. — Tumeur rougeâtre avec plusieurs points blancs occupant tout le pilier antérieur gauche du voile du palais. Il y a des éminences mamelonnées sur la tumeur qui empêchent de voir l'amygdale et le pilier postérieur. Mais en explorant avec le doigt on constate facilement que le pilier postérieur ainsi que l'amygdale sont assez profondément envahis. La partie fibreuse de la cloison palatine est de même le siège d'une dégénérescence : à peu près saine du côté droit, elle est fortement atteinte à gauche. On sent au toucher que la tumeur est mollasse, mais il n'y a pas de fluctuation proprement dite. Les ganglions sous-maxillaires sont sains.

Pas d'opération possible. Traitement médical. — Exéat le 6 février.

Obs. DCLXX. — *Epithélioma du pharynx. Pas d'opération.* — Delion (Augustine), cinquante-sept ans, ménagère, entre le 17 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 42. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. A l'âge de quarante-cinq ans, au moment de la ménopause,

elle paraît avoir eu une phlegmatia alba dolens de la jambe droite ; ce membre était douloureux, enflé et couvert de dilatations veineuses. Jamais de pertes blanches. Rien à l'utérus. Elle n'a pas eu non plus de vomissements ni de douleurs aiguës de la région épigastrique : mais, depuis longtemps, les digestions sont pénibles, s'accompagnent d'une sensation de lourdeur et les aliments passent difficilement. Depuis une dizaine d'années, elle a fréquemment des enrouements qui durent quelques jours ; mais, depuis trois semaines surtout, elle a de véritables accès de suffocation avec rhonchus trachéaux. Les aliments passent très bien et il n'y a pas de dysphagie pharyngienne. La parole est surtout atteinte, et, par moment, il y a une aphonie à peu près complète. La dyspnée n'est jamais bien considérable. Pas d'antécédents hystériques ; pas de syphilis.

18 *février*. — La malade est assez gênée ; la respiration est difficile et la voix éteinte.

19. — Tout a disparu et la respiration se fait normalement ; la voix est également revenue.

23. — On complète l'examen de la malade : il n'y a pas de ganglions appréciables. Avec le doigt porté profondément on sent des bourgeons saillants à gauche de l'épiglotte.

Au laryngoscope : on constate que le larynx est indemne ; mais à gauche de l'épiglotte on aperçoit une saillie du volume d'une fève, légèrement lobulée, à surface couverte de dilatations variqueuses.

26. — La malade, se trouvant très bien, demande sa sortie.

Obs. DCLXXI. — *Cancer du pharynx ayant comprimé le larynx. Mort. Autopsie.* (Pièce moulée et déposée dans notre collection du musée Saint-Louis.) Furrer (Mathias), trente-neuf ans, menuisier, entre le 5 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 9. — Assez bonne santé habituelle. Depuis cinq à six mois le malade a constaté qu'il a la voix rauque et enrouée. Cet enrouement n'est pas continu et se produit par moments sans qu'aucune cause appréciable le produise ou l'exagère. En outre, depuis deux ou trois mois, de la douleur est survenue dans l'arrière-gorge, augmentant au moment de la déglutition et s'irradiant jusque dans l'oreille droite. De la toux s'est manifestée, intermittente également, et ne s'accompagnant pas d'ulcérations. Enfin, depuis une dizaine de jours, le malade a des accès de suffocation existant surtout la nuit et qui le réveillent en sursaut. Ces accès de suffocation sont indépendants d'une dyspnée continuelle qui existe depuis trois ou quatre jours.

Etat actuel. — La dyspnée est considérable. A chaque aspiration on voit se dessiner fortement le sterno-mastoïdien, en même temps que s'accuse le creux sus-sternal. Indépendamment du tirage, chaque inspiration est bruyante, rude, sèche : il y a un véritable cornage. L'auscultation laisse entendre un faible murmure vésiculaire dans

toute l'étendue de la poitrine. Pas de bruits anormaux. A l'examen de la région laryngée un peu de tuméfaction de la partie droite et postérieure du larynx.

Au laryngoscope : En arrière du cartilage aryténoïde droit : ulcération grisâtre profonde; tuméfaction légère de ce repli aryténo-épiglottique qui est comme repoussé à l'intérieur du larynx. Les cordes vocales paraissent indemnes : la droite semble refoulée vers la ligne médiane. Pas de ganglions hypertrophiés dans la région du larynx ou des sterno-mastoïdiens.

Amaigrissement considérable : perte d'appétit. Pas de diarrhée.

7 *juin.* — Le malade a eu pendant la nuit un accès de suffocation intense qui a duré plus d'une heure.

8. — La dyspnée paraît plus grande encore que la veille ; le cornage est très prononcé; le moindre effort, le moindre mouvement détermine un essoufflement considérable. Insomnie absolue.

9. — A quatre heures du matin, le malade est pris subitement d'un accès d'asphyxie, et il meurt en quelques minutes.

Autopsie. — La partie droite de la paroi pharyngienne est le siège d'une *tumeur* dure, oblongue, à grand diamètre vertical, ayant dans son grand axe une longueur de près de six centimètres, occupant l'angle que forme la paroi du pharynx en s'attachant au larynx, et envahissant la face externe de celui-ci. En examinant l'intérieur du *larynx* avant de le sectionner, on peut voir que toute sa partie droite est déjetée vers la ligne médiane qu'elle dépasse même sensiblement, de sorte que l'orifice glottique est considérablement diminué. Une section longitudinale de cet organe permet de constater l'intégrité absolue de la muqueuse et des cordes vocales. Pas d'œdème du larynx proprement dit. Un peu de gonflement du repli aryténo-épiglottique droit. Le ventricule droit n'existe plus qu'à l'état virtuel. la corde vocale supérieure étant fortement appliquée contre la paroi droite saillante et bombée. Du côté du *pharynx*, la tumeur présente sur sa partie supérieure une altération grisâtre, recouverte d'une couche de pus sanieux. — Congestion des bronches et de la base du *poumon* droit. — Les autres organes sont sains et ne présentent aucune trace de généralisation carcinomateuse.

Obs. DCLXXII. — *Os volumineux arrêté dans l'œsophage. Extirpation. Guérison.* — Un homme se présente à l'hôpital, ayant avalé un os provenant d'une tête de porc. Une fois l'os dans le pharynx, il essaya de le saisir en introduisant ses doigts dans la bouche, mais il ne put y parvenir. Il replaça ses doigts dans la bouche afin de tâcher de le rendre par un vomissement provoqué. Tentative encore infructueuse. Le malade sentait un picotement fort douloureux, avait des envies de vomir et éprouvait une extrême difficulté pour avaler les aliments solides et même liquides.

Actuellement. — Le doigt introduit dans le pharynx n'indique l'existence d'aucun corps étranger : mais, avec une sonde œsophagienne, on sent à l'extrémité supérieure de l'œsophage une résistance. Pendant cette exploration le malade a des nausées et fait de grands efforts pour vomir. Retirant la sonde, on lui fait avaler un verre d'eau, espérant déplacer le corps étranger. On introduit de nouveau la sonde et l'on arrive encore sur le corps étranger que l'on essaye de déplacer en imprimant à la sonde des mouvements légers. Dans cette nouvelle tentative, il semble que le corps devient plus mobile. Nouveau verre d'eau donné au malade. Une troisième fois, on introduit la sonde œsophagienne et on se livre aux mêmes manœuvres. Comme le malade éprouve des envies de vomir, on retire l'instrument et cette fois, dans un effort de vomissement, le corps étranger s'échappe du canal œsophagien et est vomi par le malade.

C'est un fragment d'os, ayant à peu près une forme quadrangulaire, avec des angles en forme de crochets; il mesure trois centimètres de côté.

Immédiatement le malade se trouve bien et quitte l'hôpital.

Obs. DCLXXIII. — *Rétrécissement cancéreux de l'œsophage.* — Maillard, soixante ans, rentier, entre le 10 août 1881. Père mort d'un cancer du pylore et mère morte d'un cancer de la vessie.

Pas de syphilis, pas de rhumatisme. Jusqu'à il y a six mois mangeait bien. A cette époque pituites au moment du repas. Peu à peu les aliments solides ne pouvaient plus passer : n'a jamais vomi, excepté il y a quinze jours où il a rendu des morceaux de pain avec des glaires. Faiblesse progressive : depuis six mois a perdu cinquante livres. Les liquides passent assez bien, mais avec des borborygmes, des sortes de criaillements qui vont en augmentant. L'appétit s'est conservé : pas de sang dans les selles.

Actuellement. — Teint très peu jaunâtre, ne peut avaler que des potages et des liquides. — La sonde œsophagienne est introduite : on passe d'abord pendant quelques jours le dernier numéro seul, puis enfin les deux numéros qui lui sont supérieurs. Le malade est assez pusillanime, néanmoins il parvient à avaler assez facilement de la viande hachée crue et mise dans du bouillon.

Une potion au bromure de potassium facilite la déglutition et le passage des sondes.

1er *septembre.* — On introduit par le nez une sonde en caoutchouc rouge par laquelle on peut faire passer du lait et des œufs. Elle est mal supportée par le malade et on est obligé de l'enlever au bout de trois jours.

20. — Le rétrécissement œsophagien s'accuse, on ne peut plus introduire que le dernier numéro de la filière; la seconde olive détermine des accès de suffocation.

En somme le rétrécissement commence immédiatement à l'origine de l'œsophage et a une étendue d'environ 5 centimètres avec deux points particulièrement rétrécis. Nulle intervention n'est possible. — Exéat.

§ II.

PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE.

Les 93 observations qui suivent se divisent ainsi :

Affections de l'estomac et de l'épiploon	1
Affections du foie	2
Hernies	24
Affections de l'S illiaque..........	3
Affections du rectum et de l'anus	63

A. — Estomac. — Epiploon. — Foie.

Obs. DCLXXIV. — *Cancer de l'estomac et du grand épiploon.* — Erhart (Françoise), trente-cinq ans, femme de chambre, entre le 2 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. — La mère de cette femme paraît avoir succombé à un cancer de l'estomac. Père asthmatique.

A eu dans l'enfance des gourmes et des abcès du cou. Réglée à l'âge de douze ans, elle ne voit plus depuis depuis deux mois. Pendant huit ans, elle a eu, à la face interne des cuisses, une éruption, probablement un eczéma. Depuis douze ou quatorze ans, elle a fréquemment des sortes de pituites, revenant à toute heure du jour, et pendant lesquelles elle expulse un liquide glaireux et filant. Depuis le mois de septembre dernier, ces phénomènes ont augmenté, l'appétit a diminué et est à peu près nul depuis trois mois. Il y a surtout de la répulsion pour la viande et le lait; le vin, le bouillon passent plus facilement. Jamais elle n'a eu de vomissements alimentaires, ni d'hématèmèses.

Il y a six mois, elle avait assez souvent dans la région épigastrique des douleurs vives, revenant surtout lorsqu'elle était à jeun et qui ont aujourd'hui disparu.

État actuel. — La région épigastrique est occupée par une large plaque de 13 centimètres de largeur sur 7 centimètres de hauteur, descendant jusqu'à l'ombilic et n'atteignant pas tout à fait l'appendice xiphoïde; à gauche, elle émet un prolongement allongé transversalement et remarquable par sa dureté. La tumeur, qui est elle-même dure, à surface légèrement bosselée, n'est pas adhérente à la

peau. Profondément on peut la mouvoir dans le sens transversal, très peu verticalement : ses rebords sont assez nets, et donnent la sensation d'une plaque plutôt que d'une masse profonde. Le foie a son volume normal. La constipation est opiniâtre depuis quatre ou cinq mois et n'est vaincue que par les purgatifs et les lavements.

La malade est amaigrie : ses muscles sont le siège de la contraction idio-musculaire. La peau est d'un jaune terreux. Les poumons sont sains.

Pas d'opération possible. Exéat le 12 mars.

Obs. DCLXXV. — *Kyste hydatique intra-abdominal. Ponction. Guérison.* — Vanseghbrœck (Désiré-Joseph), quarante-huit ans, tailleur, entre le 21 février 1881, n° 1, salle Saint-Augustin. Rhumatisme chez le père. Tumeur blanche du genou gauche à vingt-deux ans. Amputé de la cuisse à vingt-cinq ans. En 1871, à la suite d'un mouvement de côté, ictère, ayant duré quinze jours environ. Il y a trois ans et demi, névrome du moignon, qu'on enlève à Versailles. Une heure après l'opération, qui avait consisté en une simple incision antéro-postérieure sur l'extrémité du moignon, hémorrhagie très abondante qui tint pendant cinq jours le malade dans un état de faiblesse extrême : anasarque généralisé, ascite considérable pour laquelle on fit une ponction. Depuis il ne s'est jamais bien relevé, dit-il, les forces ne sont revenues qu'en partie. Au bout de dix-huit mois il ressentit une gêne dans l'hypochondre droit pour laquelle on lui conseilla des frictions ; c'est quelque temps après que la malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur de l'abdomen qui n'a pas un siège très fixe. Elle se place tantôt à droite tantôt à gauche, suivant la position du malade, mais ne quitte jamais la ligne médiane par un de ses bords et ne descend jamais au-dessous du nombril. Quand il se fatigue trop, pesanteurs et tiraillements d'estomac. L'appétit est resté bon, les digestions sont cependant longues. Pas de vomissements ni de nausées, selles normales. Les urines ont toujours été normales comme écoulement et régularité. Jamais de fièvres d'accès. Pas de douleurs.

État actuel. — L'aspect est celui d'un homme de vigueur moyenne. La teinte de la face rappelle un peu celle des diabétiques. Le moignon de la cuisse est parfaitement cicatrisé. A l'inspection, le ventre paraît normal, à peine si on distingue une élevure à l'épigastre vers l'ombilic gauche. Le creux épigastrique est cependant fort peu marqué. La contraction des parois abdominales ne change rien à cet aspect. A la palpation, on sent une tumeur située dans la région épigastrique et ombilicale qu'elle déborde des deux côtés, plus souvent et plus sensiblement vers la gauche. Elle a le volume des deux poings à peu près, est mobile latéralement, avec une course d'environ 5 centimètres, mais non verticalement. Elle est située manifestement en arrière de la paroi qu'elle n'abandonne pas; enfin, elle est

arrondie et régulière : on y sent de la fluctuation profonde ; son diamètre transversal est d'environ 10 centimètres ; verticalement, elle s'étend de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic à l'appendice xiphoïde dont on la différencie difficilement. Elle est mate et entourée d'une zone de sonorité plus ou moins complète.

26 *février*. — Anesthésie par le chloroforme. Ponction avec un trocart à hydrocèle. Issue facile de 450 grammes d'un liquide limpide, eau de roche, trouble dans les dernières gouttes. — Au microscope pas de crochets d'échinocoques, rien que des stries de fibrine.

27. — La région épigastrique est douloureuse. Pas de ballonnement. — Cataplasmes.

1er *mars*. — La région est toujours douloureuse surtout à la pression. L'ingestion des aliments augmente la douleur, aussi le malade mange-t-il peu ; il a des irradiations douloureuses vers la colonne vertébrale entre les deux épaules. — Cataplasmes laudanisés. Lait, eau de Vichy, léger purgatif.

3. — Amélioration, cependant la douleur apparaît encore lorsque le malade garde longtemps la même position.

6. — Grande amélioration, le malade reste levé une partie de la journée. Exéat.

Obs. DCLXXVI. — *Foie cardiaque, ascite, sous la dépendance d'une dilatation du cœur droit probablement amenée par un emphysème ancien.* — Angelman (Anna), cinquante-neuf ans, femme de ménage, entre le 9 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 39. Femme inintelligente : répond mal aux questions. A vingt-quatre et à vingt-huit ans, attaques de rhumatisme articulaire qui semble avoir atteint toutes les jointures. N'a pas eu de battements de cœur. Pas d'antécédents syphilitiques : alcoolisme. Début de l'affection actuelle il y a quatre mois par un gonflement des membres et du ventre. Entre à l'hôpital le 14 juin pour son gros ventre. Sort guérie vers le 15 juillet.

Etat actuel. — L'abdomen est volumineux, distendu par de l'ascite avec tous ses signes classiques. En refoulant brusquement le liquide on rencontre le foie énormément hypertrophié. Sa matité remonte jusqu'à la septième côte et on le sent jusque vers l'ombilic. Il ne semble pas bosselé. Rien par le vagin. Bon appétit, va bien à la selle. Ne souffre pas. Battements du cœur et pouls irréguliers : bruits du cœur faibles, irréguliers. Souffle peu net au premier temps et à la pointe. Insuffisance tricuspidienne fort probable. Œdème des jambes. Poumons : signes de l'emphysème pulmonaire, dyspnée assez grande, râles fins. — Potion avec teinture de feuilles de digitale.

Au bout de quatre jours de ce traitement et de régime lacté, l'ascite a diminué sensiblement. Cœur encore irrégulier. — Passage en médecine le 18 décembre.

B. — Hernies.

Nous avons eu ces deux années-ci 22 cas de hernies étranglées, parmi lesquelles nous trouvons :

Hernies inguinales	gauches	10
	droites	7
	doubles avec étranglement à droite	1
Hernies crurales	gauches	1
	droites	2
	doubles avec étranglement à droite	1

Ce tableau montre la fréquence incomparablement plus grande des hernies inguinales, surtout gauches. Nous avons pratiqué la kélotomie 5 fois, nous avons eu 4 morts (obs. DCXCII, DCXCIII, DCXCVIII et DCC). Expliquons un peu cette léthalité. D'abord, dans l'observation DCCII, la mort ne doit pas être exclusivement et directement attribuée à la kélotomie. La malade a en effet succombé vingt-sept jours après l'opération, alors qu'elle était guérie de son érysipèle, et que la plaie inguinale avait bon aspect. Il nous paraît beaucoup plus logique d'incriminer ici les viscères, qui, chez cette femme, étaient profondément altérés.

Chez les 3 autres malades l'étranglement datait de quatre jours, deux jours et trois jours. Cette longue durée est on ne peut plus fâcheuse, pour la réussite de la kélotomie. De plus, ces malades avaient subi des tentatives de taxis de la part des médecins de la ville. Ajoutons que dans l'observation DCXCVIII l'étranglement était particulièrement compliqué. Il s'agissait en effet d'un de ces cas dans lesquels le canal crural présente une longueur anormale (8 à 9 centimètres ici), avec une sorte de collet à l'orifice interne qui avait amené un second étranglement, imparfait il est vrai, mais suffisant, étant donnée l'atonie de l'intestin, pour empêcher le rétablissement du cours des matières, malgré l'anus contre nature, et l'introduction d'un tube de caoutchouc dans le bout supérieur.

Le cas de l'observation DCXCIII n'est pas moins compliqué.

Il y avait un étranglement très serré par le collet du sac; après l'avoir débridé non sans difficulté, nous fûmes très surpris de voir persister des signes d'étranglement. L'autopsie révéla un étranglement interne par une bride épiploïque.

Enfin chez le malade de l'observation DCXCII dont l'étranglement datait de quatre jours, il y avait une altération profonde des reins avec albuminurie, de plus cet homme était âgé de soixante-treize ans.

Ainsi donc, si nous avons eu une léthalité élevée pour nos kélotomies, il n'en faut pas tant accuser l'opération elle-même que les circonstances fâcheuses au milieu desquelles nous avons dû la pratiquer.

Le taxis du reste nous a donné une réelle compensation. Car sur les 17 cas de hernies étranglées où nous l'avons pratiqué, nous avons obtenu 16 fois la réduction. Nous ne saurions trop recommander, à ce propos, la position dite *verticale renversée*, un aide monte sur le lit, saisit le malade par dessous les mollets (les jambes étant à angle droit et la main tient ainsi verticalement, tête en bas, pendant que le chirurgien pratique le taxis). Nous avons obtenu ainsi nombre de fois la réduction.

Dans un cas (obs. DCXCV) nous avons dû pratiquer l'évacuation du sac à l'aide d'un trocart; une seconde tentative de taxis a été alors couronnée de succès.

Signalons enfin l'observation DCXCIX dans laquelle la mort est survenue subitement trente-cinq heures après le début de l'étranglement; on n'avait pratiqué des tentatives de taxis qu'une seule fois, onze heures avant. L'autopsie n'a malheureusement pu être pratiquée.

Les deux autres cas de hernie dont nous n'avons pas parlé étaient des cas de hernie simplement irréductible. Nous renvoyons le lecteur, pour de plus complètes considérations, au tome Ier des *Tumeurs de l'abdomen* (p. 587) et au tome II de nos *Cliniques* (p. 246).

Obs. DCLXXVII. — *Hernie épigastrique coïncidant avec une double hernie inguinale.* — Vallée (Jean), journalier, entre le 21 janvier

1881, salle Saint-Augustin. D'assez bonne santé habituelle, il n'offre aucun antécédent du côté des parents. Il portait depuis un an une pointe de hernie inguinale gauche quand, il y a deux ans, il a senti pour la première fois une douleur fixe au niveau de l'épigastre. Cette douleur s'est augmentée peu à peu ; elle n'était pas continue et se montrait surtout après les repas. Son apparition avait coïncidé avec la formation d'une petite tumeur à ce niveau. De plus le malade était tourmenté de douleurs vagues dans l'abdomen et de vomissements fréquents, alimentaires, principalement quand il fatiguait.

État actuel. — Le malade semble de constitution faible, il est petit et d'aspect assez chétif. Outre deux pointes de hernies inguinales dont la droite serait assez récente, dit-il, on constate une petite tumeur de la ligne blanche que tout porte à croire formée par un diverticulum de l'estomac. Elle est située exactement sur la ligne médiane et à mi-chemin de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, de la grosseur d'une châtaigne, arrondie, molle, sonore, facilement réductible sans gargouillements ; sortant pendant les efforts de toux par un orifice où s'engage à peine la pulpe du doigt. Au dire du malade elle est plus volumineuse après les repas et plus douloureuse aussi ; elle s'accompagne de vomissements alimentaires survenant l'après-midi, une ou deux heures et plus, après le repas. Ces vomissements sont faciles et demandent peu d'efforts. Les selles sont normales, régulières, quotidiennes. Il n'y a ni dépérissement ni diminution des forces. — Lait. Une pilule d'opium après le repas.

Les vomissements cessent, le malade est fort amélioré et sort avec des bandages spéciaux le 28 janvier.

Obs. DCLXXVIII. — *Hernie inguinale droite étranglée. Taxis. Réduction.* — Gisard (François), cinquante-trois ans, tailleur de verre, entre le 22 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 72. Cet homme portait une hernie inguinale gauche depuis 1860. Peu volumineuse, elle était absolument indolore, ne déterminait aucun trouble digestif, se réduisait très facilement, disparaissait seule par le décubitus dorsal et était très bien maintenue réduite par un bandage.

Dans la nuit du 21 au 22 janvier, le malade, dans un effort de toux, sent tout à coup une douleur vive au niveau de la région herniaire ; il s'aperçoit que sa hernie est sortie et qu'elle ne peut rentrer. La douleur augmente pendant la nuit : insomnie. Le matin, des vomissements bilieux se produisent par trois fois : pas de selles.

État actuel. — Hernie inguinale droite, petite, marronnée, dure, mate, douloureuse, à pédicule douloureux. Le ventre lui-même est le siège de souffrances sourdes et continues, s'exagérant à la pression surtout du côté de la hernie. Facies légèrement grippé, traits tirés. Extrémités froides, pouls petit.

Anesthésie. — Taxis. La hernie ne cédant pas à une pression métho-

dique, nous pratiquons une traction sur le pédicule, ayant pour but de dégager la partie comprimée, et bientôt après la réduction s'opère très facilement grâce à des mouvements de va-et-vient effectués au niveau du pédicule pendant que nous comprimons la masse de la hernie. Spica de l'aine. — Le malade sort le lendemain matin.

Obs. DCLXXIX. — *Hernie inguinale droite. Phénomènes d'étranglement. Taxis. Réduction. Guérison.* — Tertray (Jean-B.), cinquante-deux ans, journalier, entre le 2 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Sujet vigoureux, porteur, depuis trois ans, d'une hernie qu'il réduisait assez facilement. Pendant près de deux ans, il a porté un bandage qu'il a négligé de remplacer une fois usé. Depuis environ un mois, il est constipé et est obligé de faire certains efforts pour aller à la selle. Hier dans l'après-midi, pendant la défécation, il ressentit une violente douleur dans la ceinture et la hernie sortit. Immédiatement il essaya de la rentrer, mais sans pouvoir y parvenir. Le reste de la journée et une partie de la nuit, il éprouva des coliques, des nausées et eut même quelques vomissements, mais non fécaloïdes. Vers deux heures du matin, souffrant atrocement, il manda un médecin qui tenta à plusieurs reprises le taxis, mais ne réussit pas.

Transporté à l'hôpital, à sept heures du matin : grand bain. A neuf heures, à notre visite, nous essayons le taxis sans chloroformisation. Le malade souffre beaucoup et contracte fortement les muscles de l'abdomen. Nous l'endormons et on le place la tête en bas, les jambes en l'air, et nous réduisons très facilement la hernie. — Bandage en spica. Purgatif.

Les accidents disparaissent rapidement; et le 17 *avril :* exeat.

Obs. DCLXXX. — *Hernie inguinale droite étranglée. Réduction.* — Marie Raclot, soixante-quinze ans, chemisière, entrée le 31 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 41. Cette femme porte sa hernie depuis dix ans; mais elle n'a jamais eu de bandage. Avant-hier, à la suite d'efforts répétés dans le courant de la journée, elle éprouva vers cinq heures du soir de vives coliques. Rentrée chez elle, elle est prise immédiatement de vomissements verdâtres : les gaz et les matières fécales ne passent plus. Hier cet état empire et le soir on amène la malade à l'hôpital.

A son entrée : tumeur du volume d'un œuf dans la grande lèvre droite, tendue, douloureuse à la pression et irréductible. Sans être grippée, la face est pâle et anxieuse; le pouls se montre un peu petit. Si l'on cherche à découvrir l'orifice externe du canal inguinal correspondant, on ne peut y parvenir. On sent au contraire que la tumeur vient s'y implanter par une base que les tractions ni la pression ne peuvent modifier. Taxis, le siège élevé au moyen de deux oreillers, et la cuisse fléchie. Pendant une ou deux minutes ces tentatives ne

donnent aucun résultat; puis on éprouve tout à coup la sensation d'une résistance vaincue et la hernie rentre dans le ventre en déterminant un gargouillement caractéristique. — Spica de l'aine. Potion opiacée. — Bonne nuit. Le lendemain pas de garde-robes, mais l'état général est excellent.

2 *février*. — Émission de gaz.

3. — Une selle normale. Bandage inguinal double, l'orifice du trajet gauche paraissant un peu ouvert. — Exeat le 5.

Obs. DCLXXXI. — *Hernie inguinale droite étranglée. Réduction par un mouvement de pression et de rotation combinées.* — Revillon (Henri), vingt-neuf ans, bijoutier, entre le 22 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 6 *bis*. Il est affecté depuis deux ans d'une hernie inguinale droite qu'il tient rentrée ordinairement avec un bandage. Ce matin, voulant changer un meuble de place, il a senti sortir l'intestin. Immédiatement, très vive douleur; il n'a que le temps de se jeter sur son lit où il est tombé sans connaissance. Revenu à lui après un moment, il a vainement tenté d'opérer la réduction de sa hernie : vomissements alimentaires, contractions douloureuses de l'intestin, vertige. On l'amène immédiatement à l'hôpital.

A son entrée. — La hernie présente le volume d'un œuf de poule. Douloureuse à la pression, elle offre une grande résistance et se montre très manifestement sonore à la percussion. — Nous tentons vainement pendant dix minutes d'en pratiquer la réduction par des manœuvres de taxis simple. Grand bain très chaud. Le taxis dans le bain ne donne pas de meilleurs résultats.

Avant de pratiquer la kélotomie, nous explorons une dernière fois le sac herniaire. Évidemment le contenu se compose d'une anse intestinale enroulée et faisant un demi-tour dans ce sac. En conséquence, nous essayons de le réduire en combinant la pression avec un mouvement de rotation de dedans en dehors. Immédiatement la réduction s'effectue.

23 *juin*. — Selles faciles, le malade va bien. Exeat le 24.

Obs. DCLXXXII. — *Hernie inguinale gauche étranglée. Bains. Taxis. Réduction.* — Louzell (Julien), cinquante ans, cocher, entre le 3 juillet 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Depuis plus de vingt ans, il est porteur d'une hernie inguinale gauche qu'il a toujours pu faire rentrer facilement. Pendant les quinze premières années, il a régulièrement fait usage d'un bandage qu'il gardait même la nuit; mais depuis, il ne le met que de temps en temps. Hier soir en descendant de sa voiture la malle d'un client, il a senti sa hernie tomber violemment dans les bourses et a éprouvé en même temps une douleur très aiguë. A travers la poche de son pantalon, il a essayé de la rentrer mais sans pouvoir y parvenir. Souffrant beaucoup, il est rentré chez lui, où il a de nouveau tenté de la réduire sans plus de succès. S'étant

couché, il a été pris de coliques violentes et d'envies de vomir et de ténesme. Un médecin essaye le taxis à diverses reprises et n'est pas plus heureux. Toute la nuit le malade a beaucoup souffert, il a eu de fréquentes nausées et a vomi deux fois des matières verdâtres, mais non fécaloïdes.

A son entrée. — On trouve dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf de dinde, de consistance pâteuse, d'une sonorité douteuse, douloureuse à la pression. — Taxis; mais on ne parvient pas à réduire l'intestin. Grand bain. Après le bain, on place le malade la tête tout à fait à terre, et après deux minutes de manœuvres faites doucement et avec lenteur, la hernie est réduite. Depuis son entrée le malade n'avait pas vomi, et n'avait pas eu de garde-robe. — Bandage en spica. Soulagement immédiat; et le 8 *juillet :* sortie.

Obs. DCLXXXIII. — *Hernie inguinale gauche; phénomènes d'étranglement. Taxis. Réduction. Guérison.* — Chalette (Jules), quarante-huit ans, charpentier, entre le 7 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 78. Homme très robuste, sans antécédents pathologiques. Depuis l'âge de trente-deux ans, il est porteur d'une hernie inguinale gauche qu'il a toujours réduite très facilement et qu'il maintient réduite au moyen d'un bandage. Hier soir, en soulevant une grosse pièce de bois, la hernie sortit : violente douleur. Il tenta de faire rentrer sa hernie, mais ce fut en vain. Pendant la nuit, violentes coliques qui vers 5 heures du matin devinrent intolérables. Toute la nuit il eut de fréquentes nausées, mais les premiers vomissements n'eurent lieu que vers 4 heures de la nuit. Les vomissements étaient verdâtres, mais non fécaloïdes. Pas de garde-robe; pas de gaz par l'anus.

A son entrée. — Taxis, le malade étant endormi; et après quelques tentatives, réduction : spica. — 13 *octobre :* exeat.

Obs. DCLXXXIV. — *Hernie inguinale gauche étranglée depuis sept heures. Réduction par le taxis pendant le sommeil chloroformique. Guérison.* — Hardoin (Victor), quarante-quatre ans, imprimeur, entre le 11 juin 1882, salle Saint-Augustin, n° 3. Depuis neuf ans il porte une hernie inguinale gauche qu'il maintenait réduite au moyen d'un bandage. Hier soir, vers 9 heures, il a fait un effort pour soulever des formes d'imprimerie : son bandage, usé, n'a pu maintenir la hernie. Au moment où elle est sortie il a ressenti une douleur aiguë s'irradiant dans tout le ventre et les lombes. Ayant essayé de rentrer sa hernie, il n'a pu réussir. Deux heures après, le malade est pris de coliques atroces et éprouve des envies de vomir, puis des vomissements de bile surviennent; soif inextinguible, constipation, pas de gaz par l'anus.

Entre sept heures après les premiers accidents. — Taxis, le malade étant dans la position verticale renversée : insuccès. Ayant alors re-

cours au chloroforme, nous tentons de nouveau la réduction, dans la même position : réduction, spica.

12 *juin.* — Le malade est très soulagé; pas de coliques ni de vomissements. Purgatif, deux verres d'eau de Sedlitz.

20. — Le malade sort; il portera un bandage.

Obs. DCLXXXV. — *Hernie inguinale gauche. Phénomènes d'étranglement. Réduction par le taxis. Guérison. Bandage.* — Routier (Léon), cinquante et un ans, charretier, entre le 8 novembre 1881, au n° 4, salle Saint-Augustin. Depuis sept ans cet homme est atteint d'une hernie inguinale gauche qui sortait souvent, mais qu'il rentrait facilement. Il porte un bandage même la nuit, mais son bandage, en assez mauvais état, contient mal la hernie. Hier dans la journée, la hernie est brusquement sortie et il lui a été complètement impossible de la réduire. Il n'a pu terminer sa journée tant il souffrait et s'est mis au lit. Pendant la nuit, les douleurs se sont accentuées, les coliques sont devenues intolérables, il a eu des nausées, puis dans la dernière partie de la nuit des vomissements répétés de matières verdâtres, mais non fécaloïdes. Pas de garde-robes, mais quelques gaz par l'anus. Un peu de fièvre, soif très vive.

A son entrée. — On trouve une hernie inguino-scrotale, du volume d'un œuf de dinde, dure, tendue, très douloureuse à la pression.

Il n'y a pas eu de tentative de taxis en ville. On tente d'abord la réduction, sans employer les agents anesthésiques, en plaçant le malade dans la position verticale renversée; mais les douleurs occasionnent de telles contractions de la part du malade que nous sommes obligé d'avoir recours au chloroforme.

Nous replaçons alors le malade dans la même position, et après dix minutes de taxis, on sent des gaz fuir sous les doigts et enfin la réduction est obtenue. — Bandage en spica. 40 grammes d'huile de ricin.

20 *novembre.* — Le malade sort avec un bandage.

Obs. DCLXXXVI. — *Hernie inguinale gauche étranglée. Taxis. Réduction. Bandage.* — Lefeuvre (Pierre), quarante-sept ans, charpentier, entre le 5 octobre 1881, n° 3, salle Sainte-Marthe. Depuis onze ans, il est atteint d'une hernie inguinale gauche. Pendant plus de douze ans, il n'a pas fait usage d'appareil, sa hernie ne sortant que rarement et se réduisant facilement. Depuis trois ans, cette hernie descend très souvent, mais rentre aussi facilement; depuis ce temps, bandage. Hier soir, il soulevait de lourdes pièces de bois, lorsque tout à coup la hernie est sortie ; en même temps qu'elle faisait irruption, il ressentait le long du cordon une douleur très vive. Ayant essayé de la rentrer comme d'habitude, il n'a pu y parvenir et, pendant la nuit, il a commencé à éprouver des hoquets, des nausées, puis des vomissements verdâtres, mais non fécaloïdes. Pas de garde-robes, pas de gaz par l'anus.

A son entrée. — On trouve dans le côté gauche du scrotum une tumeur piriforme du volume du poing. La peau a sa coloration normale. Elle est de consistance molle, mais sans fluctuation, douloureuse à la pression. Le ventre est tendu, sensible. Pas de garde-robe, deux vomissements bilieux depuis cinq quarts d'heure qu'il est entré à l'hôpital. Pas de mouvement fébrile. Langue saburrale. Pas d'abaissement de température des extrémités. Pouls normal. État général très bon. — Taxis : mais le malade souffrant beaucoup se contracte violemment, de sorte que nous avons recours au sommeil anesthésique. Après des tentatives patientes et prolongées, réduction : spica. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

7 *octobre.* — Le malade se sent soulagé, mais il a eu un peu de fièvre le soir : langue toujours sale; deux selles. Quelques coliques. — 30 grammes d'huile de ricin. Potages.

9. — Le malade est en parfait état.

14. — Sortie. On lui prescrit de ne pas quitter son bandage, pas même la nuit d'ici un certain temps.

Obs. DCLXXXVII. — *Hernie inguinale du côté gauche. Phenomènes d'étranglement. Réduction après quinze heures. Bandage en spica. Guérison.* — Lecocq (Louis), soixante-deux ans, journalier, entre le 17 septembre 1881, au n° 12, salle Sainte-Marthe. Vieillard robuste; porte depuis l'âge de trente-neuf ans une hernie inguinale gauche qu'il rentrait facilement et qu'il maintenait réduite au moyen d'un bandage qu'il ne quittait jamais le jour. Depuis un certain temps son bandage est en mauvais état et ne sert pour ainsi dire plus à rien.

Hier soir il était occupé à soulever un colis très lourd, lorsqu'il sentit sa hernie sortir brusquement. Ayant tenté de la faire rentrer comme il en avait l'habitude, il ne put y parvenir et presque aussitôt il éprouva de violentes douleurs dans tout le bas-ventre et dans le dos. Pendant la nuit les douleurs s'accentuèrent : nausées, vomissements verdâtres, mais non fécaloïdes, hoquet persistant; pas de garde-robe; ne sait s'il a rendu des gaz par l'anus.

A son entrée. — Le pouls est un peu affaibli, la température est normale. Le ventre est ballonné mais pas sensible. La tumeur a une forme ovoïde, elle est dure, sonore à la percussion, douloureuse à la pression. On tente la réduction sans pouvoir y parvenir. — Anesthésie. Taxis en prenant toutes les précautions possibles ; après une demi-heure, réduction. Spica.

Dans la journée qui suit, le malade se sent soulagé; il a encore vomi deux fois, et n'a pas été à la garde-robe. Pas de fièvre. — 40 grammes d'huile de ricin. Potages. — 25 *septembre :* exeat.

Obs. DCLXXXVIII. — *Hernie inguinale gauche. Phénomènes d'étranglement. Taxis. Réduction. Bandage.* — Jarry (Pierre), cinquante-sept ans, maçon, entre le 3 juillet 1881, n° 13, salle Sainte-Marthe. Depuis

huit ans, il porte une hernie inguinale gauche qu'il rentrait facilement. Il faisait usage pendant le jour d'un bandage, mais ce bandage étant usé, il n'en a plus depuis plusieurs semaines. Hier soir, en descendant d'une échelle, il a fait un faux pas et, en se retenant pour ne pas tomber, il a fait un violent effort. Sa hernie est sortie et il n'a pu la rentrer comme d'habitude. S'est mis au lit, mais les douleurs se sont accentuées, il a eu des coliques très violentes et des vomissements bilieux, mais non fécaloïdes. Il n'est pas allé à la garde-robe et n'a pas rendu de gaz par l'anus.

Etat actuel. — Hernie du volume d'un œuf de dinde, dure, tendue, sonore, très douloureuse à la pression. — Taxis, mais sans résultat. Le malade étant chloroformé, on tente de nouveau, mais sans succès, de réduire la hernie. Alors position verticale renversée, et après quelques minutes on sent les gaz fuir sous les doigts et la hernie rentrer. Spica. — 10 *juillet :* sortie.

Obs. DCLXXXIX. — *Hernie inguinale gauche étranglée. Taxis (trois tentatives). Réduction. Guérison.* — Dussaussay (Ch.), trente-neuf ans, polisseur, entre le 11 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 21. Depuis l'âge de vingt-sept ans, cet homme porte une hernie qu'il a toujours rentrée facilement. Il a l'habitude de faire usage d'un bandage, mais cependant il le quitte parfois, et depuis une dizaine de jours il l'avait laissé de côté. Hier soir en descendant très vite un escalier, il a fait un faux pas, et pour ne pas tomber, il a fait un grand effort. La hernie s'est produite en occasionnant une douleur très violente. Le malade a essayé de la rentrer sans résultat. Un médecin appelé sept heures après ne parvint pas non plus à la réduire. — Cataplasmes laudanisés.

A son entrée, quinze heures après la sortie de la hernie, il nous dit qu'il a ressenti et ressent encore de violentes coliques, qu'il a eu de fréquentes envies de vomir, mais n'a vomi qu'une fois. Les matières rendues étaient verdâtres, non fétides. Pas de gaz par l'anus, pas de garde-robes.

État actuel. — La pression sur la hernie est très douloureuse. — Taxis sans chloroforme, le malade ayant la tête en bas. Pas de résultat. Taxis pendant l'anesthésie sans succès. Grand bain prolongé. Nouveau taxis. Réduction. — Bandage en spica ; et le 19 : exeat.

Obs. DCXC. — *Hernie inguinale gauche étranglée. Réduction par le taxis. Guérison.* — Leroux (Arthur), cinquante-trois ans, cocher de fiacre, entre le 20 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. — Depuis de longues années, il porte une hernie inguinale gauche qu'il rentrait facilement. Il porte habituellement un bandage, mais très souvent il le laisse de côté. Hier dans la journée, en chargeant une malle sur sa voiture, il fit un très grand effort et sa hernie sortit. Au même instant, il ressentit une violente douleur. Il fit néanmoins

sa course, mais après fut obligé de rentrer chez lui. Il essaya, mais en vain, de faire rentrer la hernie. Il se coucha et pendant la nuit les douleurs devinrent de plus en plus fortes. Il eut pendant trois heures de fréquentes envies de vomir, puis apparurent des vomissements verdâtres, mais non fécaloïdes. Soif vive; fièvre, constipation absolue, pas de gaz par l'anus.

A son entrée. Grand bain. La pression est excessivement douloureuse, et c'est à peine si le malade se laisse examiner. — Chloroformisation et l'on tente la réduction par le taxis fait avec beaucoup de douceur. La hernie ne tarde pas à être réduite : bandage en spica.

25 *août.* — Sort avec un bandage.

Obs. DCXCI. — *Hernie inguinale droite étranglée. Kélotomie. Guérison.* — Odienne (Louis), quarante-six ans, marchand de vin, entre le 3 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 74 *bis*. La hernie remonte à quatre ans. Le malade n'a jamais porté de bandage. Elle sort rarement d'ailleurs et est toujours facile à réduire. Elle est sortie aujourd'hui pendant une lutte. Pris de douleurs extrêmement vives, le blessé se fait transporter immédiatement à l'hôpital.

A son entrée. — Hernie ingninale droite. Elle est demeurée à la partie supérieure du scrotum. Volume d'un œuf ordinaire. — Après un quart d'heure de tentatives de taxis, nous pratiquons la kélotomie qui est aisée. — Débridement sur trois points du collet fibreux du sac. Réduction. — Des points de suture au catgut ferment la plaie, ainsi que l'orifice du sac. Drainage. Pansement antiseptique. — Le soir : Pas de fièvre, bon état général.

4. — Pas de fièvre. Une garde-robe dans la soirée.

5. — Le pansement, renouvelé, ne contient qu'une très petite quantité de pus.

7. — Le tube est retiré.

8. — Pansement au diachylon; et le 10, guérison. Exeat.

Obs. DCXCII. — *Hernie inguinale droite étranglée. Mort* (observation publiée dans une thèse sur la *Mort par congestion pulmonaire dans l'étranglement herniaire*, Paris, 1881). — Évrard (Saturnin), soixante-treize ans, entre le 11 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 72. On apporte ce malade à onze heures du matin dans un état de prostration considérable. Une hernie inguinale droite qu'il porte depuis longtemps s'est étranglée, il y a quatre jours. Depuis ce moment, il n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières fécales. Dans la matinée, il a eu deux fois des vomissements fécaloïdes abondants. Pas de taxis : anurie presque complète.

État actuel. — Tumeur inguinale peu volumineuse, douloureuse à la pression, piriforme à grosse extrémité inférieure. Il y a un refroidissement général très prononcé ; le malade est abattu, répond péniblement aux questions qu'on lui adresse. Eructations à odeur

fécaloïde. — Nous essayons de réduire par le taxis : mais la durée déjà ancienne des accidents nous empêche d'insister. — Pas d'anesthésie à cause de la torpeur du malade. — Une incision verticale de 12 à 15 centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, est pratiquée sur la tumeur. A un moment, nous croyons être sur l'intestin formant une tumeur noirâtre facile à isoler : mais la direction des fibres s'entre-croisant dans tous les sens, la direction des vaisseaux, également distribués sans ordre, nous montrent notre erreur : nous continuons donc à chercher, avec la sonde cannelée, et en redoublant de prudence. Enfin le sac est ouvert et l'intestin mis à nu. Il y a peu de liquide dans le sac. Quant à l'intestin noirâtre et recouvert de fausses-membranes, il nous paraît assez résistant pour être rentré : pas de coloration feuille-morte d'ailleurs. Le collet de l'étranglement est d'ailleurs dans un bon état et l'intestin paraît normal au-dessus et au-dessous de la portion herniée. Nous la rentrons, après l'avoir lavée avec la solution phéniquée forte, sous la pulvérisation, et après avoir débridé l'anneau sur cinq points périphériques : résection du sac. — Suture métallique. Pansement de Lister. Linges chauds. Potion de Todd.

Le malade ne se relève pas. Deux heures après l'opération, il a un dernier vomissement fécaloïde, à la suite duquel il meurt, sans grandes souffrances apparentes.

Autopsie. — Le *sac* est dans le même état que la veille. Pas d'épanchement sanguin. Le collet vu sur la paroi postérieure de la suture étoilée par suite des cinq débridements placés à égale distance les unes des autres. Pas de sang ni de pus dans le péritoine, qui est absolument normal. Nous retrouvons l'*anse* réduite du côté du petit bassin. Elle se reconnaît à la coloration plus noire de l'intestin à ce niveau.

Pour nous assurer de sa résistance, nous pratiquons l'expérience suivante. Nous détachons environ $1^{m},50$ de l'intestin, dont $1^{m},20$ au-dessus de l'étranglement, les 10 centimètres d'intestin hernié, enfin les 20 centimètres au-dessous, ce qui reste du petit intestin entre la portion malade et le cæcum. Nous faisons passer dans ce tube par le trou supérieur un fort courant d'eau : l'intestin ne se brise pas. Le même courant est maintenu, l'intestin étant fermé à un orifice inférieur : rupture à 5 centimètres au-dessous de la portion herniée. Nous interceptons la circulation au-dessus de cette ouverture : nouvelle rupture à 6 centimètres au-dessus.

Cette épreuve prouve évidemment que l'intestin hernié devait être réduit.

Le *petit intestin* est très dilaté au-dessus de l'étranglement : au-dessous le tube a tellement diminué de volume que nous prenons un instant l'S iliaque pour l'uretère correspondant.

La *vessie* renferme un peu d'urine albumineuse. Hypertrophie simple de la *prostate*. La muqueuse vésicale est un peu congestionnée au niveau de son bas-fond. — *Rate et foie :* rien d'anormal. — Les *reins* sont énormes et très fortement congestionnés. En en pratiquant la coupe, nous trouvons quelques kystes à leur intérieur. — Congestion *pulmonaire* intense des deux côtés. — Rien au *cerveau.*

Obs. DCXCIII. — *Hernie inguinale étranglée. Opération. Mort. Autopsie : étranglement interne par une bride épiploïque.* — Madame Claudet, soixante-quatre ans, couturière, entre le 18 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 41. Porte depuis plusieurs années une hernie inguinale double. La hernie du côté droit était plus ancienne, et la malade pouvait réduire l'une et l'autre hernie avec une égale facilité, quand, avant-hier, sans cause appréciable, il survint un étranglement de la hernie du côté droit (tentatives assez prolongées de taxis par un médecin : insuccès).

A son entrée (1 heure de l'après-midi). — Nous constatons du côté gauche une hernie inguinale de moyen volume à réduction facile. Du côté droit est une tumeur ovoïde, allongée dans le sens de l'arcade crurale au-dessus de laquelle elle est manifestement située. Cette tumeur a le volume d'un gros œuf de poule et est le siège d'une inflammation manifeste. La peau est rouge et distendue. L'exploration est douloureuse, mais permet cependant d'apprécier que le sac herniaire contient de l'épiploon et de l'intestin. Le pédicule de la hernie est particulièrement douloureux au toucher. Facies altéré : yeux enfoncés dans l'orbite, peau moite. Le ventre est ballonné, la malade n'a pas été à la selle depuis quatre jours et a déjà vomi plusieurs fois. Température 37°. Pouls petit. — Bain, sans résultat du reste.

A 4 heures kélotomie après chloroformisation. L'incision du sac ne donne issue qu'à une très légère quantité de liquide noir sans caractères déterminés. Nous arrivons enfin sur l'intestin qui ne présente rien d'anormal, si ce n'est de la rougeur et de la congestion assez intense. Constriction très prononcée de l'anse intestinale par le collet du sac. Débridement en haut et en dedans avec une certaine difficulté à cause de la constriction si énergique du collet. Enfin réduction de l'anse herniée, après s'être bien assuré, au préalable, par une légère traction sur l'intestin, que celui-ci n'était pas enroulé sur lui-même et ne présentait aucun étranglement plus haut.

La réduction faite, nous lions avec des fils de catgut les brides épiploïques qui entouraient l'anse herniée et les réséquons. Nous suturons le sac profondément et ensuite les deux lèvres de la plaie superficielle. Drain à la partie déclive avec autre ouverture pratiquée plus loin par transfixion. Pansement de Lister. Compression ouatée éner-

gique. — Le soir T. 37°,2. Une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigr. Potion de Todd.

19. — La malade se sent fatiguée : elle vomit des matières fécaloïdes en grande quantité, et finit par succomber le lendemain matin à quatre heures.

Autopsie. — A l'ouverture du corps nous trouvons l'estomac et les intestins extrêmement dilatés. Le *cæcum* et les *côlons* sont le siège d'une dilatation particulièrement considérable. En portant notre examen du côté de la région inguinale droite, nous retrouvons l'*anse* intestinale bien refoulée dans la cavité abdominale, mais étranglée d'une façon extraordinaire par une bride épiploïque, d'où l'arrêt complet des matières. L'anse herniée fait partie de la moyenne partie de l'intestin grêle, et ne présente aucune lésion, si ce n'est de l'engouement et un peu d'inflammation. Pas trace de péritonite.

Les autres organes sont sains.

Obs. DCXCIV. — *Hernie épiploïque inguino-scrotale droite irréductible. Cataplasmes. Bains. Amélioration.* — Robinet (Pierre), quarante-sept ans, ferblantier, entre le 29 décembre 1880, au n° 77 de la salle Saint-Augustin. Depuis plusieurs années il porte une hernie scrotale qu'il faisait rentrer facilement. Cette hernie étant quelquefois douloureuse il était obligé de retirer de temps à autre son bandage. Avant-hier, sans cause connue, il n'a pu la réduire, souffrances vives.

A son entrée. — Dans le scrotum du côté droit est une tumeur piriforme dont la grosse extrémité regarde en bas, et dont le sommet se prolonge dans le canal inguinal. La peau à sa surface présente une teinte rougeâtre et lisse. La pression est très douloureuse. On ne trouve nulle part de fluctuation ni de transparence. La tumeur est mollasse dans sa partie supérieure, non rénitente, dure et résistante à sa partie inférieure. On sent très nettement au-dessous le testicule qui ne fait pas corps avec elle. La tumeur se prolonge dans le canal inguinal. Partout la matité est absolue. Le malade n'a eu ni nausées, ni vomissements, il va à la garde-robe. — On essaye de réduire la hernie : insuccès. Cataplasmes, bains, repos au lit.

Au bout de vingt-sept jours, la tumeur ayant beaucoup diminué, le malade demande sa sortie. — On lui ordonne de porter un bandage dès qu'il pourra le supporter. — Exeat.

Obs. DCXCV. — *Hernie inguino-scrotale droite étranglée. Ponction du sac. Réduction. Guérison.* — Charles (Anatole), trente et un ans, cimentier, entre le 10 janvier 1880, au n° 9 de la salle Saint-Augustin. Il y a trois ans, à la suite d'un effort pour soulever un fardeau, il ressentit une douleur au niveau de l'aine, puis le lendemain, en se levant, remarqua au-dessus du pli de l'aine une tumeur allongée du volume d'une noix. Pendant plusieurs mois il y fit à peine attention

d'autant qu'elle ne le gênait aucunement et qu'elle paraissait et disparaissait d'elle-même. Peu à peu la tumeur, qui n'était autre qu'une hernie, est devenue inguino-pubienne. Elle n'occasionnait aucune douleur et le malade la faisait rentrer facilement, il ne portait pas de bandage. Il y a dix-huit mois, à la suite d'un travail forcé, il éprouva de violentes douleurs dans le ventre et du côté de l'aine; la hernie était descendue dans le scrotum. Ayant essayé de la faire rentrer, il n'y put parvenir et, une heure après, il fut pris de nausées et de vomissements, mais non stercoraux. Pas de garde-robe, pas de gaz par l'anus.

Au bout de quatre heures, inquiet et souffrant beaucoup, il fit appeler un médecin qui, sans l'avoir anesthésié, essaya le taxis pendant un quart d'heure sans pouvoir obtenir la réduction. Vingt minutes après cette première tentative, il faisait placer le malade hors du lit, la tête en bas, les jambes fortement élevées par un aide et recommençait le taxis sans réussir cette fois encore. Un grand bain d'une heure fut ordonné. Dans le bain le malade s'efforça en vain de faire rentrer sa hernie. S'étant couché il s'endormit, et pendant son sommeil la hernie se réduisit d'elle-même. Depuis le bain les vomissements avaient cessé; l'étranglement s'était produit à cinq heures du soir et la rentrée de la hernie avait dû se faire, croit le malade, vers les 4 heures du matin. A partir de ce moment, usage d'un bandage que le malade enlevait la nuit, mais qu'il ne quittait que rarement le jour. La hernie sortait quelquefois, et la réduction en était toujours facile.

Avant-hier, 9 janvier, vers huit heures du soir, il a eu de violentes coliques et une selle ordinaire mais très abondante; pendant 10 minutes, il s'est senti soulagé, puis les coliques se sont fait sentir de nouveau et la hernie s'est produite. Une heure après, il a vomi ce qu'il a mangé, puis a eu des vomissements glaireux mais non fécaloïdes. A trois reprises pendant une ou deux minutes il a essayé de faire rentrer la tumeur herniaire, mais la pression qu'il exerçait dessus était tellement douloureuse, qu'il n'a pu continuer. Un médecin appelé dans la nuit emploie mais sans succès le taxis pendant quelques minutes et conseille le transport du malade à l'hôpital où il arrive à six heures du matin. Toute la nuit les nausées, les vomissements glaireux ont continué, il n'y a eu ni garde-robe ni sortie de gaz par l'anus.

A son arrivée, l'interne de garde, après avoir essayé de réduire la hernie, le fait mettre dans un bain. Les vomissements sont toujours très fréquents; pas de garde-robe, pas de gaz par l'anus. Glace à l'intérieur et sur la tumeur herniaire.

A la visite, nous trouvons dans l'aine et dans la moitié du scrotum du côté droit une tumeur allongée, piriforme, du volume d'une

grosse poire, douloureuse à la pression, mate à la percussion. Un peu d'empâtement vers la partie supérieure de la tumeur. Le facies du malade n'est pas altéré, le pouls est plus petit qu'à l'état normal, la température est aussi plus basse, 36°,5 ; le ventre n'est ni ballonné ni sensible. — On commence le taxis dans la position verticale renversée: insuccès. Le sac est rempli de liquide. On fait alors une ponction avec un trocart à hydrocèle et l'on retire 150 grammes de sérosité, sanguinolente d'abord, mélangée de caillots ensuite. On sent alors l'anse intestinale étranglée, et en exerçant une pression directe sur cette anse d'intestin, on obtient la réduction. Bandage en spica. — Dans la journée qui suit l'opération il n'y a pas de garde-robes, mais beaucoup de gaz par l'anus. La nuit est bonne.

Le lendemain, l'état du malade est très bon ; rien du côté du ventre, le pouls est normal, mais la température est toujours à 36°,8. — Purgatif. Deux heures après première garde-robe, puis deux autres dans la journée.

Le troisième jour, un peu de constipation. Huile de ricin 30 grammes.

A partir du quatrième jour, selle chaque matin comme d'habitude.

Le 21 janvier, le malade sort parfaitement guéri. On lui prescrit l'usage d'un bandage.

Obs. DCXCVI. — *Hernie inguino-scrotale gauche irréductible. Taxis. Compression avec la bande de caoutchouc. Bains. Nouvelle tentative de taxis. Insuccès.* — Desfeux (Albert), vingt-neuf ans, journalier, entre le 27 janvier 1881, au n° 22 de la salle Sainte-Marthe. Il y a trois ans, après un effort pour soulever une caisse, il avait vu un gonflement survenir dans l'aine gauche : le gonflement apparaissait et disparaissait, puis, environ un an après, ce gonflement se montrait dans le scrotum du côté gauche. Un médecin diagnostiqua une hernie et, après l'avoir fait rentrer, lui conseilla un bandage.

Hier, sans cause appréciable, la hernie est sortie et il n'a pu la rentrer comme d'habitude. Il a été chez un médecin qui n'a pu la réduire par le taxis. Il a mangé comme à son ordinaire, a été à la garde-robe, n'a point eu de nausées ni de vomissements. En un mot il n'y a pas eu de phénomènes d'étranglement.

Etat actuel. — La tumeur inguino-scrotale est volumineuse, elle peut être comparée à la tête d'un fœtus de sept mois. A la mensuration on trouve 12 centimètres de longueur sur 7 de large. Elle est molle, douloureuse à la pression. On sent, à la partie antéro-interne et supérieure, le testicule qui est parfaitement mobile et indépendant de la tumeur. Pas de sonorité. — Taxis. Après onze minutes, n'arrivant à aucun résultat, on place le malade la tête en bas : taxis, sans succès. — Bain. On applique la bande de caoutchouc, mais le malade ne peut supporter cette compression excessivement douloureuse.

29 *janvier*. — Le malade n'a aucun symptôme d'étranglement : il va à la garde-robe : pas de nausées ni de vomissements. Bain.

A son retour on essaie de nouveau le taxis après chloroformisation, le taxis échoue.

30. — Bain. La hernie est toujours irréductible.

2 *février*. — Nouveau taxis : insuccès.

5. — Le malade sort avec sa hernie non réduite.

Obs. DCXCVII. — *Entéro-épiplocèle crurale étranglée. Taxis. Réduction.* — Mouton, trente-neuf ans, couturière, entre le 16 mai, salle Sainte-Marthe, n° 41. Hernie crurale droite sortie une fois il y a huit mois. Elle est rentrée facilement et depuis cette époque la malade a porté un bandage. Le 15 mai à trois heures de l'après-midi la hernie sortit de nouveau et la malade éprouva aussitôt une vive douleur dans l'aine. La réduction lui fut impossible. Bientôt de vives coliques se firent sentir. Pas de vomissements. Le 16, pas de selle ni d'issue de gaz par l'anus. *A son entrée* à l'hôpital à deux heures et demie, le taxis pratiqué sans chloroforme permet de réduire une partie de la masse herniée et la tumeur qui avait le volume d'une grosse noix est réduite de moitié. La partie restante est molle.

La nuit, les douleurs et les coliques ont cessé, des gaz ont été expulsés par l'anus.

17. — La malade va bien, la tumeur est molle, indolore, si ce n'est à une pression très forte. Le ventre est plat.

Il paraît rester un peu d'épiploon fixé dans le sac, mais l'intestin a été réduit par la manœuvre du taxis.

Purgation avec: calomel, 0 gr. 60 et poudre de jalap, 15 grammes.

Selles abondantes dans la journée.

Le malade sort guéri le 21 mai.

Obs. DCXCVIII. — *Hernie crurale étranglée. Anus contre nature. Mort. Autopsie. Disposition curieuse du conduit herniaire.* — Gérard, quarante-six ans, journalière, entre le 17 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30. Cette femme portait depuis sept ans deux hernies crurales mais qui ne sortaient que d'une façon exceptionnelle et pour lesquelles elle ne mettait pas de bandages. Jamais d'accidents d'étranglement.

Le 14 janvier, dans des efforts de toux, elle sentit sortir sa hernie du côté droit. Prise immédiatement de douleurs abdominales et de vomissements, elle fit venir un médecin, le lendemain, qui ne put réduire l'intestin malgré des efforts prolongés de taxis. Vomissements porracés : douleurs très intenses et arrachant continuellement des cris à la malade. Depuis vendredi l'occlusion est complète : il ne sort ni gaz ni matières par l'anus.

La nuit dernière une légère détente s'effectue dans les phénomènes douloureux ; les vomissements restent porracés, mais deviennent moins fréquents, la malade peut reposer un peu.

A son entrée. — Facies à peu près normal : les réponses sont précises et faites sans effort. La douleur est moins intense que les jours précédents.

L'examen local montre dans la région crurale droite une petite tumeur du volume d'une mandarine, résistante, peu mobile, reposant par sa base sessile sous l'arcade crurale. — Malgré la longue durée de l'épanchement (60 heures), le faciès étant bon et l'état général satisfaisant, nous tentons encore quelques efforts de taxis pendant quelques minutes. Celui-ci est pratiqué d'abord dans la situation horizontale, puis dans la position verticale renversée : insuccès.

Le sac est alors ponctionné avec un trocart fin : du liquide séro-sanguinolent sort en petite quantité (2-3 cuillerées à bouche) : mais la réduction ne peut toujours pas être effectuée.

Kélotomie. Une incision oblique de bas en haut et de dedans en dehors passant sur la partie moyenne de la tumeur permet d'arriver assez vite et assez facilement dans la cavité. Celle-ci renferme encore un peu de liquide séro-sanguinolent, puis :

1° Une masse, supérieure, aplatie de haut en bas, du volume d'une noix, facile à reconnaître pour de l'épiploon à son aspect jaunâtre et à sa consistance graisseuse ;

2° Une tumeur constituée par l'intestin hernié. Celui-ci situé à la partie inférieure de la plaie, plus volumineux que la masse épiploïque, d'une longueur de 4 à 6 centimètres environ, ayant la teinte feuille-morte foncée qui caractérise la gangrène, complètement froide d'ailleurs : donc pas de doute sur l'existence du sphacèle.

Nous pratiquons un anus contre nature : inutile d'ajouter que le sac a été préalablement débridé sur plusieurs points et que les sutures n'ont été faites qu'après la constatation de la perméabilité parfaite de l'ouverture. Un drain volumineux, de 6 centimètres environ, est introduit presque tout entier dans le seul conduit intestinal que rencontre le doigt. Pansement phéniqué. Spica.

Le soir, température 36°,6. La malade va très bien, et n'accuse que quelques coliques dans la région ombilicale. Pas d'écoulement de matières ni de gaz, pas plus par la plaie que par l'anus. On prescrit un julep avec de l'extrait thébaïque.

18 *janvier*. — T. M. 38°. P. 95. L'état général demeure très satisfaisant. Toujours pas de matières ni de gaz. — Le soir T. 38°,8. P. 94. Rien de nouveau.

19. — Il y a un peu d'affaiblissement. La température est assez élevée (39°). Enfin, phénomène beaucoup plus grave, la malade n'a eu aucun écoulement par la plaie. Devant ce fait nous introduisons aussi loin que possible notre index dans l'anus contre nature. Il est assez fortement serré, mais aucun étranglement ne semble subsister. Cette exploration détermine une légère débâcle de matières diar-

rhéiques par la plaie, et la malade éprouve un soulagement considérable.

20. — Il y a eu dans la nuit encore quelques évacuations spontanées. La malade va mieux que la veille. La température est redescendue à 38°,6. Mais la faiblesse est encore bien grande.

21. — Grande faiblesse. Pas de selles.

22. — T. 38°, 8. Subdelirium.

23. — Nous essayons de provoquer de nouvelles évacuations en introduisant encore une fois notre index dans l'anus contre nature, mais nos tentatives demeurent inutiles. Un purgatif huileux est prescrit et rendu immédiatement par la bouche.

24. — Mort à 2 heures de l'après-midi.

L'*autopsie* n'a pu être complètement pratiquée par suite d'opposition de la famille. Cependant nous avons prolongé l'incision et remonté assez haut dans le ventre pour nous rendre compte de la disposition des parties.

L'*intestin hernié* occupait, avec le paquet épiploïque, un véritable canal à l'extrémité terminale duquel il s'était étranglé dans un anneau du fascia cribriformis : cet obstacle avait été levé par l'opération. De plus le canal avait été fortement dilaté à sa partie terminale sur 2 ou 4 centimètres; mais remontant assez haut dans la cavité abdominale à 8 ou 9 centimètres au moins, il avait continué non pas à étrangler l'intestin, mais à exercer une constriction assez forte pour rendre non seulement son canal imperméable, mais encore pour appliquer l'une contre l'autre les deux parois du tube en caoutchouc maintenu à demeure.

Ajoutons qu'à la partie supérieure de ce canal nous sentons une sorte de second collet, celui-ci situé dans le ventre, facilement traversé par le doigt, mais capable cependant de le serrer même sur le cadavre.

C'est dans le canal, à 2 centimètres au-dessous de ce collet, que se trouve l'éperon; nous avons beaucoup de mal à pénétrer dans le bout inférieur de l'intestin. La sonde au contraire a laissé une voie toute tracée pour arriver dans le bout supérieur. D'ailleurs l'écoulement de matières prouve bien que le tube avait été introduit dans cette extrémité.

A l'aide d'un long bistouri nous débridons ce collet supérieur, guidé par l'index poussé aussi loin que possible. Nous éprouvons en le coupant une sensation qui permet de croire à un étranglement de nature fibreuse.

Obs. DCXCIX. — *Hernie crurale droite étranglée. Mort subite.* — Dérivot (Marie), cinquante et un ans, fleuriste, entre le 17 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 45. Cette femme est apportée à l'hôpital à 8 heures et demie du soir.

A son entrée : hernie crurale droite du volume d'un gros œuf de

poule. Elle existe depuis plusieurs années : la malade portait un bandage. 24 heures avant son entrée à l'hôpital, celui-ci a laissé passer l'intestin qui s'est étranglé au moment d'efforts déterminés par des vomissements. L'état général est bon; la malade accuse à peine quelques coliques : depuis 24 heures il n'a été rendu ni gaz ni matières fécales : quelques vomissements porracés seulement dans la journée. — Taxis, sans endormir la malade, d'abord horizontalement, puis la tête en bas. Ces tentatives demeurent inutiles, mais en raison de la bénignité de l'état général, l'interne croit pouvoir attendre la visite du lendemain : julep thébaïque. — Un peu de sommeil pendant la nuit.

A six heures du matin elle reçoit de la religieuse une tasse de lait qu'elle prend avec plaisir, n'accusant aucun malaise nouveau. A 7 heures, l'infirmière la trouve morte dans son lit : les voisines n'ont rien entendu, rien vu qui signalât le moment du décès.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Obs. DCC. — *Hernie crurale étranglée. Kélotomie. Érysipèle. Mort vingt-sept jours après l'opération. Autopsie.* — Tassard (Pascaline), cinquante-huit ans, domestique, entre le 27 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 45. Bonne santé habituelle. Elle a eu trois enfants. Après le dernier accouchement, il y a dix-sept ans, elle aurait eu une descente de matrice. On lui a mis à ce moment un anneau pessaire qu'elle a gardé pendant cinq ans sans le retirer, il s'est fait une eschare de la paroi recto-vaginale et une large fistule : opération dans notre service le 22 janvier 1880 : guérison parfaite.

Elle avait depuis dix-sept ans une hernie crurale gauche, de la grosseur d'une noix, pour laquelle elle n'a jamais porté de bandage.

Cette hernie s'étrangla, avant-hier soir, 25 décembre. A été transportée à l'hôpital et opérée le 28 au matin : l'intestin est réduit facilement; le sac est lié au catgut et excisé. — Sutures, drainage, pansement de Lister.

La suture ne réussit que dans une partie de l'étendue.

7 *janvier.* — Les lèvres de la plaie sont tuméfiées et rouges.

8. — Érysipèle : passage à l'isolement. — Les jours suivants, il y a des vomissements bilieux et de la diarrhée. Les lèvres et la plaie se désunissent presque complètement et il se fait un petit point de sphacèle à la partie externe de l'incision.

11. — La rougeur, qui s'était étendue rapidement à tout l'abdomen et à la partie supérieure des deux cuisses, diminue.

13. — L'érysipèle est arrêté, la rougeur disparaît rapidement. Mais il survient une diarrhée extrêmement abondante qui augmente encore les jours suivants et qui affaiblit considérablement la malade.

17. — La plaie est blafarde et la suppuration s'est arrêtée.

25. — La suppuration se rétablit ; la faiblesse de la malade est très grande.

1er *février*. — La plaie est bien détergée ; elle est très étendue, mais superficielle et en bonne voie de réparation.

La malade commence à se lever le 8 février.

10. — L'état général redevient mauvais ; la malade s'affaiblit, ne mange pas, est souvent assoupie.

22. — Il y a un peu de mieux aujourd'hui ; la malade est assez gaie.

25. — La malade meurt à 3 heures de l'après-midi, sans secousse, et sans avoir présenté rien de spécial.

Autopsie. — Les *poumons* sont absolument sains ; pas d'adhérences pleurales. — Le *cœur* est flasque, à muscle pâle, jaunâtre, un peu friable ; les valvules sont intactes. — L'*aorte* est graisseuse, mais sans plaques d'athérome. — La dégénérescence graisseuse est surtout marquée dans le *foie*, qui présente à sa surface de larges taches jaunâtres, et à l'intérieur, des îlots de même couleur. A côté de ces parties très friables, en pleine dégénérescence graisseuse, d'autres sont moins malades et présentent la coloration grisâtre de l'adipose hépatique au début. — La *rate* et le *pancréas* ne présentent rien de spécial. — Les *reins* paraissent également gras ; leur substance corticale est pâle, et, à la surface, on trouve, comme sur le foie, des plaques jaunes de dégénérescence graisseuse localisée. — L'*estomac* est très dilaté. — L'*intestin* ne présente pas d'altérations ; il est complètement libre. — Seul, le *grand épiploon* adhère par un point de son bord gauche à la cicatrice de kélotomie. Les tissus en ce point sont confondus dans une masse cicatricielle résistante et il n'y a plus traces du sac herniaire. Cette cicatrice est située entre la veine crurale et le ligament de Gimbernat.

On trouve dans le vagin et le rectum les traces de la fistule dont la malade avait été opérée en 1880 : au *vagin*, il existe, immédiatement au-dessous du col utérin, une cicatrice transversale de 4 centimètres de longueur, envoyant plusieurs prolongements en haut et en bas, ce qui lui donne un aspect rayonné. — Dans le *rectum*, on voit, dans un point correspondant, c'est-à-dire à 7 centimètres de l'anus, un enfoncement cicatriciel ovalaire, n'ayant pas tout à fait 2 centimètres dans son grand axe horizontal, et au fond duquel fait saillie un bourgeon charnu, ce qui le fait ressembler à la dépression ombilicale.

C. — S iliaque.

Obs. DCCI. — *Tumeur de l'S iliaque. Cachexie.* — Faye (Jean), quarante et un ans, fort de la Halle, entre le 18 mai 1881, au n° 22,

salle Sainte-Marthe. Pas d'antécédents héréditaires ; cependant, père asthmatique. Jamais de maladies graves, pas de syphilis. Il y a trois ans, en faisant un effort, a senti une sorte de craquement dans son côté, et depuis a toujours souffert en cet endroit, a continué à travailler pendant deux ans en prenant des bains de vapeur et de barèges qui le soulageaient. Depuis un an recrudescence des symptômes. Le travail devient impossible, l'appétit se perd, la constipation s'accentue, et les douleurs deviennent plus vives. Le malade portait dans le flanc gauche une tumeur qui a peu grossi. Les forces se sont perdues peu à peu, amaigrissement considérable. Depuis deux mois, les selles, bien que quotidiennes et dures, sont devenues fort petites et finalement se sont supprimées. Il y a un mois, hémorrhagie abondante par l'anus, grand affaiblissement consécutif. Alors vomissements presque continuels, et n'a pu prendre que des liquides glacés. Depuis longtemps le traitement a consisté en iodure de potassium.

Etat actuel. — Aspect cachectique prononcé ; teinte jaune paille, maigreur, perte des forces et de l'appétit, mais plus de vomissements, coliques continuelles ; ne rend ni gaz ni matières par l'anus, ventre ballonné. Le côlon transverse se dessine sous la peau, tout est souple et sonore, excepté au niveau de la fosse iliaque gauche où on trouve une tumeur diffuse mate, assez dure, sans grand changement de coloration à la peau, du volume du poing environ. — Un lavement purgatif amène une selle. Cataplasmes laudanisés ; pilule d'opium.

Les nuits sont mauvaises, des coliques l'obligent à chaque instant à changer de position. La cachexie est très avancée. Il souffre de la bouche et ne peut rien mâcher. La cavité buccale est en effet semée de plaques de *muguet.* — Collutoire au borax, et gargarisme au chlorate de potasse.

Le malade reste quinze jours dans la salle, puis sort sur sa demande.

Obs. DCCII. — *Obstruction intestinale. Mort. Autopsie. Rétrécissement cancéreux de l'S iliaque avec péritonite localisée.* — Strasivecq (Jean), soixante-neuf ans, horloger, entre le 14 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Jamais de maladie vénérienne. Jamais de dysenterie, garde-robes toujours régulières tous les jours. Au premier de ce mois, constipation pendant trois jours. Nouvelle garde-robe le 5, et, depuis cette époque, constipation absolue. — Huile de ricin, pilules de croton, lavement de tabac, siphon d'eau de seltz, sonde dans le rectum, électrisation : aucun résultat.

Etat actuel. — Ventre régulièrement ballonné ; on distingue le gros et le petit intestin faisant saillie à travers la paroi abdominale, nausées, vomissements fécaloïdes. Rien au toucher rectal. Etat

général grave ; facies abdominal, teint jaune paille, pouls petit, filiforme. Un peu de cyanose des lèvres, congestion des deux poumons. — Lavement sans résultat, huile de ricin que le malade vomit. Cet état s'aggrave : la mort arrive le 21 novembre 1881.

Autopsie. — Œdème cérébral. — Cœur flasque, non athéromateux. — Congestion intense des deux *poumons.* — *Intestin* très distendu dans toute sa longueur jusqu'au point d'union du côlon descendant et de l'S iliaque. Là, péritonite localisée avec fausses membranes ; c'est aussi en ce point qu'existe un rétrécissement annulaire dur, cancéreux, à travers lequel peut passer une grosse sonde cannelée ; au-dessus, le bol fécal forme bouchon. Rien dans le bout inférieur de l'intestin.

Obs. DCCIII. — *Rétrécissement cancéreux de l'S iliaque.* — Bignami (Caroline), quarante-deux ans, lingère, entre le 27 décembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 36. Son père est mort hydropique. Une de ses sœurs est morte tuberculeuse. Dans sa jeunesse, elle a eu une adénite suppurée, dans la région sous-maxillaire droite. En 1870, syphilis. En décembre 1880, elle se surmena et éprouva, surtout le matin, des douleurs sous forme de barre au niveau de l'hypogastre. La constipation, qui existait depuis de longues années, s'accentue ; tous ces symptômes augmentèrent progressivement, et, depuis cinq mois, les douleurs sont assez violentes pour rendre la marche impossible. Le malade se plaint surtout de *crises douloureuses* qui reviennent irrégulièrement, avec des intervalles de quelques heures à plusieurs jours. Les accès durent parfois quatre ou cinq heures, et les douleurs, sous formes d'élancements, de tiraillements, occupent les reins, l'abdomen, avec prédominance à gauche, et descendent vers les aines et la partie supérieure des cuisses. Pendant les crises, la malade vomit des aliments ou de la bile ; en dehors des accès les digestions sont assez bonnes. Selles seulement tous les trois jours. Elle rend alors une assez grande quantité de matières diarrhéiques et parfois des matières très dures, arrondies ; il n'y a jamais eu d'hémorrhagies intestinales. Les lavements suffisent le plus souvent pour vaincre la constipation, et les débâcles sont toujours suivies d'une sédation des symptômes douloureux. La malade s'est aperçue, il y a cinq mois, de la présence de *grosseurs* dans le côté gauche du ventre. Depuis six à sept mois, l'abdomen était déjà tendu, volumineux, et le corset n'était plus supporté.

Actuellement. — La palpation de l'abdomen n'est douloureuse qu'au niveau de la fosse iliaque gauche. Là on sent profondément, un peu au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, une tumeur arrondie, légèrement mobile, très dure, du volume d'une mandarine. Le vagin est normal ; le col de l'utérus, un peu bosselé, regarde en avant. Par le toucher rectal, on

constate qu'il n'y a pas d'obstacle au cours des matières fécales dans la portion accessible au doigt ; en avant, on sent le corps de l'utérus en rétroflexion.

D'un caractère très impressionnable, cette malade a eu des attaques de nerfs. Elle a beaucoup maigri depuis le début de sa maladie ; à aucun moment il n'y a eu de fièvre. Les règles viennent régulièrement, mais sont peu abondantes. Il y a des envies fréquentes d'uriner, avec expulsion chaque fois, d'une très petite quantité d'urine.

3 *janvier*. — La malade est allée à la selle quatre ou cinq fois après un lavement, et avec de grandes douleurs ; elle a rendu une grande quantité de matières molles, noirâtres. Après cette évacuation, la tumeur iliaque a beaucoup diminué ; elle a à peine le quart du volume que nous avions constaté auparavant.

12. — Depuis trois jours, il y avait des douleurs vives dans le ventre, principalement à gauche ; elles ont cessé après l'expulsion de matières très dures, décolorées. Depuis dix jours, la malade est au régime lacté et à l'iodure de potassium. Les vomissements ont cessé. Une sonde œsophagienne, introduite par l'anus, s'arrête à 14 centimètres ; nous n'avons pu la faire pénétrer plus avant.

28. — Les souffrances étant toujours aussi fortes, nous nous décidons à une opération, et la malade est transférée à la maison de santé. (Voy. la suite de l'observation au chapitre des Gastrotomies.)

D. — Rectum et Anus.

Les affections du rectum et de l'anus comprennent 63 observations ainsi réparties :

Prolapsus	1
Obstruction par matières fécales	1
Rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel	1
Cancers du rectum	4
Hémorrhoïdes	8
Ulcération péri-anale	1
Fissures anales	3
Abcès de la marge de l'anus	6
Fistules anales	34
Végétations péri-anales	4

Notre première malade (obs. DCCIV) présentait une infirmité peu fréquente dans la vieillesse, et qui est bien plutôt l'apanage de l'enfance : un prolapsus de la muqueuse rectale.

Nous avons employé les injections d'ergotine au quinzième, pratiquées avec la seringue de Pravaz dans le tissu cellulaire péri-anal, selon la méthode de notre collègue Vidal; 20 gouttes ont été injectées pendant quinze jours consécutifs. A partir du dixième jour le prolapsus ne se reproduisit pas. Malheureusement, un mois après, l'infirmité reparaissait pour disparaître de nouveau après quelques injections. Dans la suite la malade n'a pas été revue.

L'observation DCCV relate une singulière erreur de diagnostic, que légitimait, du reste, la rareté du fait. Un volumineux bol fécal pris pour une tumeur, qu'un confrère de province nous envoyait pour l'opérer. La diagnose put être établie et avec le doigt nous enlevâmes les matières, la malade fut immédiatement soulagée.

Pour les considérations générales sur les *Rétrécissements du rectum*, leur diagnostic et leur traitement, nous renvoyons au tome III de nos *Cliniques* (p. 162 et suivantes). D'ailleurs le seul rétrécissement fibreux que nous ayons eu à traiter était remarquablement bénin par son siège peu élevé et la facilité avec laquelle nous l'avons dilaté avec les doigts.

Sur 4 cas d'*Épithéliomas* du rectum un seul était passible de l'opération. Nous recommandons beaucoup, dans l'ablation du rectum, de garder de la muqueuse autant que possible afin de l'abaisser et de la suturer à la peau du pourtour de l'anus, de façon à éviter l'épanchement des liquides septiques dans le tissu cellulaire.

Nos 8 cas d'*Hémorrhoïdes* ne présentent rien de spécial à mentionner. Chez la plupart des malades nous avons employé la cautérisation au fer rouge, après hémostase préventive par une pince hémostatique à la base de chaque bouton hémorrhoïdaire.

L'observation DCCXIX a trait à une *ulcération péri-anale* vraisemblablement de nature tuberculeuse, et remarquable par sa persistance : après trois mois et demi de traitements variés, elle ne s'était pas modifiée.

Sur les 3 cas de *fissure anale*, nous sommes parvenus à en guérir un par des moyens médicaux; mais il n'y faut pas

compter et la dilatation forcée, avec les doigts, ou mieux avec un spéculum à longs manches, est la méthode de choix.

Six cas d'*abcès de la marge de l'anus*, dont la plupart se sont guéris par simple incision sans section de la paroi ano-rectale.

Trente-quatre cas de *fistules anales*, chiffre énorme puisqu'il forme plus de la moitié des faits pathologiques qui affèrent au rectum et à l'anus. Il se dégage de la lecture de ces observations : 1° que la tuberculose ne peut être que rarement incriminée ; 2° que l'étiologie n'est précise que 3 fois ; le sujet s'était assis sur un marteau déposé sur une chaise (2 cas) et sur le bord d'une chaise (1 cas) ; 3° que chez tous les autres malades aucune cause n'a pu être trouvée.

Nous avons opéré ces fistules au thermo-cautère ou au bistouri, toujours sur la sonde cannelée introduite dans la fistule ainsi complétée et ramenée au dehors. Aucune complication après cette opération, car le seul cas d'érysipèle qu'il y a eu siégeait à la face.

Un mot à propos de l'observation DCCXXIX : elle est des plus intéressantes. Il s'agit de trajets fistuleux multiples, avec décollements superficiels et profonds des parties molles de la fesse dus à un abcès de la partie postérieure du bassin et de la fesse. Les fistules périrectales proviennent par ordre de fréquence de l'intestin, des voies urinaires, des os et plus rarement de l'articulation coxo-fémorale. L'existence de ces fistules implique nécessairement la recherche du foyer malade qui leur a donné naissance et la destruction de ce foyer, sous peine de voir le mal s'éterniser, malgré le débridement des travaux fistuleux. Malheureusement cette recherche est souvent difficile. Les orifices fistuleux se produisent loin des foyers morbides : les trajets sont sinueux, anfractueux, à diverticules multiples, et lorsqu'on veut faire une opération sérieuse, on est obligé de pratiquer des débridements considérables. Dans le cas actuel nous avions affaire à une affection rare ; une périostite fongueuse du coccyx ; les orifices fistuleux siégeaient sur la fesse gauche en avant et en arrière de l'ischion, loin par conséquent du point de départ des

abcès. Il existait des décollements très étendus de la fesse, et rien à la vue et au toucher n'aurait permis de penser à une affection coccygienne. Le débridement des fistules avec le thermo-cautère nous fit découvrir des trajets profonds, dont l'un en particulier se portait jusque sous les téguments, qui répondent à la face externe du grand trochanter. Nous fîmes à ce niveau une contre-ouverture pour le passage d'un drain, et ce ne fut qu'en dernier lieu, que nous parvînmes à trouver le trajet initial, qui nous conduisit sur le coccyx. Les fongosités périostiques de cet os siégeaient principalement sur le bord droit, alors que les abcès s'étaient ouverts sur la fesse gauche. Il existait dans la concavité du sacrum un abcès tapissé de bourgeons charnus que nous détruisîmes.

Les quatre dernières observations ont trait à des végétations du pourtour de l'anus. Deux d'entre elles (obs. DCCLXV et DCCLXVI) ont déjà été publiées dans la Thèse du Dr Castillon (Paris, 1886).

Chez aucun de ces malades il n'est possible de trouver une des causes, problématiques du reste, invoquées pour expliquer ces végétations. Il est en effet difficile d'admettre que chez le sujet de l'observation DCCLXVI le tatouage, pratiqué au pourtour de l'anus, ait eu une action réelle puisqu'il s'est écoulé six ans entre l'opération et la production des végétations.

Dans l'observation DCCLXIV, il y avait des métrorrhagies répétées, peut-être le sang, accompagné sans doute de sécrétions vaginales, était-il une cause d'irritation tout comme la leucorrhée simple. Il y aurait lieu également d'invoquer la présence du corps fibreux, modifiant tout comme le fœtus la circulation pelvienne, d'où cette prolifération papillaire, comme cela se voit dans la grossesse.

Quant à la syphilis, elle n'existait chez aucun des malades, ce qui vient à l'appui de ce fait, aujourd'hui admis : que syphilis et végétations ano-génitales n'ont aucun lien nécessaire. De fait, l'étiologie de ces végétations est absolument obscure, et nul, à notre connaissance du moins, n'y a cherché un élément parasitaire : c'est là une lacune à combler.

Nous avons employé ici trois procédés d'exérèse, l'ablation au thermo-cautère, aux ciseaux, enfin à la curette de Volkmann. C'est certainement l'emploi de la cuvette ou procédé du grattage qui nous semble le meilleur : facilité de l'opération, minime importance des lésions cutanées consécutives, insignifiance presque absolue de l'hémorrhagie, excellence des résultats, tels sont ses avantages. Voici comment nous le pratiquons : le malade, préalablement anesthésié, est placé dans la situation de la taille, et le siège est maintenu élevé au moyen d'alèzes empilées les unes sur les autres. — Lavage antiseptique de la région. — Alors de la main gauche nous tendons les parties molles : c'est là un point important, car le grattage n'est aisé qu'autant que la peau est fortement tendue, mais alors il l'est réellement, et l'on est étonné de l'aisance avec laquelle on abat ces végétations avec une large curette de Volkmann tenue de la main droite. Celles-ci sont, en somme, arrachées plutôt que coupées, ce qui explique le peu de sang qui s'écoule, les vaisseaux étant ainsi tiraillés et allongés avant de se rompre, ainsi que le fait judicieusement remarquer le Dr Castilhon dans sa thèse. Toutefois cette règle n'est pas absolue, et la malade de l'observation DCCLXV présenta une hémorrhagie en nappe que la compression avec une éponge arrêta du reste aisément.

Chez la malade de l'observation DCCLXIV, que nous opérâmes avec des ciseaux, l'hémorrhagie fut bien plus considérable, et nous dûmes mettre temporairement six pinces hémostatiques. Dans tous ces cas la guérison fut rapidement obtenue par les pansements antiseptiques.

Obs. DCCIV. — *Prolapsus du rectum. Traitement par l'ergotine.* — Bardou (Joséphine), soixante-quatre ans, dame de compagnie, entre le 23 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Petite, maigre, cette femme est d'une bonne santé habituelle. Elle n'a jamais été réglée, bien que les organes génitaux paraissent conformés normalement, et jamais elle n'a éprouvé de douleurs vives dans le ventre revenant périodiquement. Mariée, elle n'a pas eu d'enfants. En 1869, elle a été opérée par nous d'un polype du rectum qui, à chaque garde-

robe, sortait du fondement. A cette époque il n'y avait pas de prolapsus rectal. En octobre 1876, elle entre dans notre service pour un polype granuleux de l'urèthre qui gênait la miction et dont nous la débarrassâmes. (Voyez : *Leçons de Cliniques chirurgicales*, t. II, p. 603 ; obs. 378). Jamais de constipation opiniâtre ni de diarrhée persistante. Depuis deux ans, la chute du rectum se produit de temps à autre ; au début, la réduction se faisait au bout de quatre ou cinq jours ; puis la durée de la procidence a augmenté, et, actuellement, le prolapsus existe depuis quinze jours. La marche, la station assise et le décubitus dorsal sont plus ou moins gênés ; mais, de plus, il existe des crises douloureuses qui durent parfois plusieurs heures, reviennent chaque jour, et peuvent être assez violentes pour que la malade crie et se roule sur son lit. Les garde-robes sont difficiles et la malade éprouve de faux besoins qui la font souffrir. La miction est elle-même gênée.

Etat actuel. — Le rectum prolabé forme une tumeur d'un rouge vif, ayant à peu près le volume d'une tomate, et environ 5 centimètres de longueur. La muqueuse est assez lisse et n'est sillonnée que par des plis transversaux. Au sommet on aperçoit l'orifice intestinal : toute la surface est le siège d'une sécrétion glaireuse abondante.

25 *février*. — On commence des injections d'ergotine, faites au pourtour de l'anus avec la solution employée par M. Vidal (ergotine au quinzième), injection de 20 gouttes le soir.

Chaque jour on fait la même injection qui est suivie d'une douleur assez vive pendant une demi-heure.

5 *mars*. — Le volume du prolapsus est moins considérable : la tumeur est moins tendue et on la réduit très facilement.

6 — La malade a été à la selle : la chute du rectum ne s'est pas reproduite. On continue les injections d'ergotine.

7. — Prolapsus.

8. — Réduction facile. On continue les injections d'ergotine.

9. — Deux garde-robes ; pas de chute du rectum. La malade se lève.

12. — Douleur sous le mollet droit; et le lendemain, un peu d'œdème ; veines dilatées.

14. — Cessation des injections.

21. — Exeat. Le prolapsus ne s'est pas reproduit depuis le 8 mars et la phlébite de la jambe est guérie.

Cette malade rentre à l'hôpital le 14 avril. Le prolapsus s'est reproduit depuis le 11. — On recommence les injections d'ergotine à partir du 17. Le prolapsus se réduit le 21.

Il se reproduit le 26, mais on le réduit facilement.

La malade part pour le Vésinet le 28, avec une ceinture à pelote perinéale.

Obs. DCCV. — *Matières fécales constituant un corps étranger du rectum et prises pour une tumeur. Extraction des matières. Guérison.* — Poedoit, cinquante-six ans, couturière, 12 avril 1881 (externe). Cette malade est envoyée de province pour être opérée d'une tumeur du rectum, un médecin aurait parlé de corps fibreux, développé dans cet organe. Réglée à douze ans, elle a eu deux enfants bien portants; depuis six ans elle n'est plus menstruée. Toute sa vie elle a été sujette à une constipation très intense, depuis longtemps elle ne peut plus aller à la garde-robe qu'au moyen de lavements au sulfate de magnésie. Il y a six mois elle commença à sentir dans le rectum une tumeur qui s'appliquait sur l'anus au moment de la défécation et déterminait des épreintes considérables. En même temps se développèrent des hémorrhoïdes qui devinrent volumineuses pendant les efforts. La malade a conservé la sensation de cette tumeur : depuis quelque temps diarrhée fétide et rebelle.

Etat actuel. — Sous le doigt et au-dessus du sphincter interne nous trouvons un corps étranger du volume et de la forme d'une boule de billard roulant sous le doigt qui la touche et remontant vers les parties supérieures de l'intestin. Les sensations perçues sont tellement nettes que nous croyons à un corps étranger venu du dehors. Quand, plaçant l'index droit dans le rectum, nous invitons la malade à faire des efforts de défécation, nous percevons très nettement la sensation d'une boule qui roule sur elle-même au-dessus du sphincter interne. Cette boule est sentie par le vagin, mais les efforts de défécation combinés à la pression antéro-postérieure exercée du côté du vagin n'arrivent pas à la faire sortir. Pour en déterminer la nature et après avoir bien constaté, en la contournant avec le doigt, qu'elle est libre dans le rectum, nous la fixons avec l'index de la main gauche introduit dans le vagin. En même temps l'index de la main droite pénètre avec une certaine difficulté dans l'intérieur de la tumeur. Cette exploration non seulement donne les renseignements les plus concluants, mais encore permet de morceler la tumeur et d'en extirper la plus grande partie. Nous avons affaire à un amas de matières fécales durcies, desséchées au centre et comme pierreuses. Nous pouvons les extraire avec l'index en maintenant d'ailleurs la tumeur par le toucher vaginal, mais cette opération est assez difficile et ne dure pas moins d'une demi-heure. — La malade s'en va guérie : la sensation de corps étranger a disparu.

Obs. DCCVI. — *Rétrécissement du rectum. Divulsion. Guérison.* — Georget (Adrien), cinquante-huit ans, tonnelier, entre le 7 novembre 1882, n° 75, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Bonne constitution; jamais de maladies graves, nie tous accidents vénériens. Depuis plusieurs mois il est constipé. Mais depuis août dernier, la constipation est encore plus grande, il ressent parfois de violentes

coliques, le ventre est tendu et sensible; il éprouve de fréquents besoins d'aller à la garde-robe et les lavements ne produisent plus, ou imparfaitement, les résultats qu'ils donnaient auparavant. Les matières, quand elles sortent après de grands efforts, sont dures, tantôt comme de petites billes, d'autres fois très allongées, ressemblant à de petits bâtons, et la plupart du temps teintées de sang. Pendant la défécation le malade ressent une sensation de brûlure.

A son entrée. — On constate, à 4 centimètres, un rétrécissement annulaire qui ne permet pas le passage de l'extrémité digitale : au voisinage du rétrécissement, la muqueuse est ulcérée.

8 *novembre.* — Anesthésie : dilatation avec les doigts.

29. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCVII. — *Cancer du rectum. Pas d'opération.* — Lesourd, trente et un ans, boutonnier, entre le 6 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 21. Pas d'hérédité. Pas de maladie importante. Pas de syphilis. Pas de blennorrhagie rectale. Il y a vingt mois ce malade s'est aperçu de difficulté dans ses selles, les matières qu'il rendait étaient aplaties et souvent mêlées de sang. Depuis environ quinze mois il a remarqué un certain degré d'incontinence des matières. Cette incontinence existe encore, elle est même augmentée. Il a éprouvé quelques douleurs dans le bas des cuisses et les reins : a maigri d'environ une quinzaine de livres.

Etat actuel. — Les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés, on sent qu'ils forment une pléiade indolente. A l'entrée de l'anus on aperçoit une élevure du volume d'une petite noisette, dure et présentant à sa surface deux petites exulcérations. Le toucher rectal est extrêmement douloureux et fait sentir des bosselures arrondies irrégulières du volume d'un pois à une noisette. A la fin du toucher il sort une goutte de sang. Il existe des alternatives de constipation et de débâcles, mais le malade a toujours un certain degré d'incontinence et laisse échapper toutes les matières liquides.

22 *avril.* — Anesthésie : on trouve les parois du rectum envahies tout autour, formant une masse indurée qui paraît fort épaisse : le doigt ne peut atteindre les limites du mal. Pas d'opération possible.

25. — Le malade part pour un hospice.

Obs. DCCVIII. — *Epithélioma du rectum. Fistules multiples. Pas d'opération possible.* — Carbonel (Eugène), trente-sept ans, couturière, entre le 7 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39 *bis*. Pas de cancéreux dans la famille. Pas de syphilis. En 1871, à la suite d'un accouchement, elle a une péritonite qui la retient trois mois au lit; depuis la santé s'est parfaitement rétablie. Depuis un an, elle souffre pour aller à la garde-robe ; les matières sortent difficilement et au prix de grands efforts ; elles sont très peu volumineuses et accompagnées d'un écoulement glaireux parfois sanguinolent. Depuis quinze jours

les douleurs sont devenues plus vives et il s'est formé au pourtour de l'anus de gros abcès. Hier, ces abcès se sont ouverts, et il existe deux ouvertures, à droite et à gauche de l'anus. L'exploration du rectum montre, à 2 centimètres, des bourgeons cancéreux qui limitent un canal étroit; l'extrémité du doigt y entre avec quelque difficulté, et ne peut atteindre l'extrémité supérieure du rétrecissement. Il y a donc un rétrécissement cancéreux, cause des fistules multiples péri-anales; de plus, la malade a remarqué que depuis quelque temps elle rend parfois par le vagin des matières glaireuses ou même fécaloïdes absolument analogues à celles qui s'écoulent par le rectum. Il y a donc probablement une petite fistule recto-vaginale que l'on ne peut découvrir ni avec le doigt ni avec le spéculum. La malade a beaucoup maigri; la peau est d'un blanc jaunâtre.

L'étendue de l'envahissement cancéreux contre-indiquant une intervention. — Exeat le 20 avril.

Obs. DCCIX. — *Epithélioma du rectum. Pas d'opération.* — Nadeaud (Eugène), vingt-cinq ans, employé, entre le 8 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 26. Blennorrhagie en 1878. Pas d'autres affections vénériennes. Depuis 1879 le malade a de la difficulté à aller à la selle : les matières sont comme passées à la filière; quelquefois elles sont teintes d'un peu de sang. Au mois d'août 1881, hémorrhagie considérable en allant à la garde-robe; le malade dit avoir perdu plusieurs litres de sang par le fondement. Au mois de janvier dernier et dans les premiers jours de février, il a eu de nouvelles hémorrhagies moins fortes que les premières. Depuis près d'un an, le malade éprouve dans le rectum et au pourtour de l'anus des douleurs spontanées, vives, qui surviennent sous forme d'élancements.

Etat actuel. — Pas de tumeur dans les fosses iliaques, foie et estomac normaux; pas d'ascite, pas de tympanisme abdominal. Ganglions inguinaux augmentés de volume. Teinte jaune paille très prononcée. Appétit conservé; peu d'amaigrissement, un peu de perte des forces. Par le toucher rectal on peut constater que toute la portion inférieure du rectum est le siège d'un rétrécissement inégal, bosselé, ulcéré, formé d'un tissu friable, ramolli en certains points, plus dur en d'autres, saignant facilement, laissant écouler un ichor fétide. L'extrémité du doigt n'arrive pas jusqu'à la partie supérieure du néoplasme. Il n'y a donc pas d'opération possible. — Traitement palliatif. Exeat le 3 juin.

Obs. DCCX. — *Epithélioma du rectum et des ganglions inguinaux, ablation.* — Bonnot (Marie), cinquante-deux ans, couturière, entre le 5 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 53. Pas de tumeurs cancéreuses dans la famille. Tempérament arthritique : douleurs vagues dans les articulations, migraines, etc. Pas de syphilis. Il y a deux ans, aurait eu un bourrelet hémorrhoïdal, avec écoulements san-

guins. Constipation habituelle depuis longtemps, mais ayant beaucoup augmenté il y a un an. Depuis cette époque, elle ne peut plus aller à la selle qu'avec des lavements; les garde-robes sont douloureuses, très difficiles; les matières sont molles ou ovillées, mélangées de sang et de glaires. En même temps apparaissaient des douleurs rectales et lombaires, avec envies fréquentes d'aller à la selle.

Etat actuel. — A droite de l'anus existe une hémorrhoïde flasque dont la partie interne est ulcérée superficiellement. Au toucher, on sent un cylindre dur et bosselé occupant toute la région ano-rectale, et laissant passer le doigt sans grande difficulté. En avant la tumeur remonte à 5 centimètres environ; en arrière le rebord est moins haut, mais on sent au-dessus une plaque dure. Adénopathie inguinale interne droite.

14 *janvier*. — Anesthésie. La cloison recto-vaginale étant envahie, nous commençons par y faire une section médiane, puis attirant le rectum au dehors, nous disséquons la tumeur sur les parties latérales et enlevons un prolongement s'avançant à droite dans l'excavation ischio-rectale, ce qui nécessite une dissection laborieuse de la région. Nous conservons la plus grande quantité possible de muqueuse rectale et, quand toutes les parties envahies sont extirpées, nous suturons l'extrémité inférieure de cette muqueuse avec les parties latérales de la plaie cutanée, de façon à empêcher la pénétration des matières fécales dans le tissu cellulo-adipeux des parties latérales. Un grand nombre de pinces hémostatiques ont été placées, elles sont enlevées au moment de la suture, sauf trois, qui pincent des vaisseaux assez importants, et que l'on ne retire que trois heures après.

15. — T. 38°,2; P. 80. Un vomissement alimentaire.

19. — Depuis l'opération, rétention d'urine. Ce matin, petit frisson, vomissement bilieux. La plaie se déterge et commence à bourgeonner. La rétention d'urine persiste.

18 *février*. — La plaie rectale a diminué des deux tiers; la malade est très bien, mais n'urine pas encore seule. Le ganglion inguinal qu'on avait constaté dès le début a augmenté et atteint le volume d'un petit œuf de pigeon. — On l'enlève assez facilement par énucléation. Sutures, drain. Pansement phéniqué.

26 *mars*. — La plaie rectale est presque totalement cicatrisée; il ne reste de surface bourgeonnante qu'immédiatement au pourtour de l'anus, surtout à gauche. La plaie du ganglion est guérie depuis plusieurs jours. La malade éprouve le besoin d'aller à la selle, mais la sensation d'expulsion manque complètement. Il y a toujours rétention d'urine. — La malade quitte l'hôpital.

Nous la revoyons le 17 avril : depuis le 27 mars, la miction se fait

normalement. Il y a toujours, au pourtour de l'anus, une zone bourgeonnante que l'on cautérise au nitrate d'argent.

Elle revient le 25 avril, deux ganglions, petits et douloureux, sont apparus dans l'aine gauche. La plaie anale n'est pas encore complètement cicatrisée. — La malade n'a pas été revue.

Obs. DCCXI. — *Hémorrhoïdes externes enflammées. Compresses d'eau glacée. Guérison.* — Bertin (Charles), quarante-neuf ans, mécanicien, entre le 20 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 16. Il y a cinq mois, il a commencé à souffrir beaucoup en allant à la selle. Quinze jours après, il a remarqué autour de l'orifice anal une série de saillies saignantes et douloureuses. Depuis deux mois surtout il souffre violemment, pendant la défécation et pendant la marche. Les matières fécales sont très teintées de sang.

A son entrée. — Nous trouvons au pourtour de l'anus cinq tumeurs irrégulièrement sphériques, du volume d'une noisette. Elles sont recouvertes d'une muqueuse rougeâtre par places, violacée dans d'autres. On remarque aussi à leur surface de toutes petites excoriations. Deux de ces tumeurs sont molles, flasques, comme fluctuantes, les trois autres sont consistantes, élastiques. La pression est très douloureuse. Le doigt introduit dans l'anus pénètre difficilement, de là les souffrances occasionnées pendant les garde-robes. — Repos. Compresses d'eau glacée, fréquemment renouvelées.

Sous l'influence de ce traitement, la résolution se fait, et au bout de trois semaines, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Obs. DCCXII. — *Hémorrhoïdes externes. Cautérisations. Guérison.* — Ruellan (Jean-Baptiste), cinquante-deux ans, écrivain, entre le 25 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Homme d'une bonne constitution; depuis une dizaine d'années, il est toujours constipé et est obligé d'avoir fréquemment recours à des purgatifs. Il y a huit mois, il a commencé à éprouver une sensation de corps étrangers au niveau de l'anus; mais il n'y a pas fait grande attention, lorsqu'en mars dernier, en allant à la garde-robe, il éprouva une vive douleur qu'il compare à une brûlure, et remarqua du sang dans les selles; puis explorant la région anale, il constata la présence d'une tumeur molle, fluctuante, douloureuse à la pression. Cette tumeur pouvait avoir le volume d'une noisette. Progressivement, elle a augmenté de volume, et, à des intervalles rapprochés, écoulement de sang. La marche et la position assise sont devenues extrêmement pénibles, mais c'est surtout pendant la défécation que le malade souffre.

Etat actuel. — Au pourtour de l'orifice est une sorte de couronne de petites tumeurs du volume d'une noisette, d'un rouge brun ou violacé et saignantes à la pression. — Lotions froides.

5 *juin.* — Opération au thermo-cautère. — Compresses d'eau froide.

24. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXIII. — *Hémorrhoïdes externes. Cautérisation.* — Gosset (Louis), quarante-sept ans, tailleur, entre le 11 mars 1880, salle Saint-Augustin, n° 7. Depuis plusieurs mois il souffre beaucoup en allant à la selle et a remarqué que les matières étaient teintes de sang. Se porte bien, constipation habituelle. Ce n'est que depuis deux mois que la défécation est pénible, et à chaque selle il perd une notable quantité de sang.

Etat actuel. — Gros bourrelet hémorrhoïdal formé principalement par la muqueuse. Son plus grand diamètre, antéro-postérieur, mesure 4 centimètres, et il a une épaisseur de presque 1 centimètre. — Anesthésie. Cautérisation de la tumeur avec le fer rouge.

Quelques jours après, le malade, qui est en voie de guérison, demande à partir.

Obs. DCCXIV. — *Hémorrhoïdes externes enflammées, et sphacélées. Guérison spontanée.* — Baduel (Jules), trente-cinq ans, emballeur, entre le 28 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a dix-huit mois, premières hémorrhagies par l'anus : guérison sans traitement après un mois ou six semaines. Depuis, quelquefois du sang dans les selles, augmentation depuis quinze jours. Quatre jours avant l'entrée, les hémorrhoïdes sortent volumineuses et fluentes. Pas de douleurs exagérées, mais gêne considérable pour le travail. Va à la selle régulièrement tous les matins.

A l'entrée. — Bourrelet hémorrhoïdaire de la grosseur du doigt, sphacélé par place ; peu de pertes de sang, peu de douleurs, gêne. — Bains. Cataplasmes.

Les jours suivants le sphacèle se prononce de plus en plus sans que le malade en semble fort incommodé. Selles régulières. Même traitement.

6 *mars.* — Les eschares sont presque détachées.

11. — Le malade sort guéri. Il conserve un petit bourrelet irrégulier de la grosseur d'une plume de corbeau, dont il ne ressent aucune gêne et aucune douleur. — Toute opération radicale semble, pour le moment, inutile.

Obs. DCCXV. — *Hémorrhoïdes. Cataplasmes. Compresses d'eau glacée. Bains. Guérison.* — Chenoux (Adrien), quarante-sept ans, horloger, entre le 1er octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 30. Bonne constitution, pas d'antécédents héréditaires. Se plaint d'avoir beaucoup de peine à aller à la selle depuis trois ans environ, mais ce n'est que depuis deux mois qu'il souffre pendant la défécation. Il y a quinze jours, il remarqua que sa chemise était tachée de sang et que les matières étaient teintées en rouge ; rien à l'anus. Il y a huit jours, il a senti avec le doigt une sorte de bourrelet très douloureux à la pression. Le lendemain ce bourrelet avait disparu, mais appa-

raissait de nouveau, devenait de plus en plus douloureux, et il y a trois jours qu'il ne rentre plus.

Etat actuel. — Le malade souffre violemment quand il marche, et les douleurs sont atroces, dit-il, pendant la défécation. Au pourtour de l'anus est une tumeur bosselée, violacée; au toucher cette tumeur, ou plutôt cette série de petites tumeurs, qui forme comme une couronne au pourtour de l'anus, est molle et très douloureuse à la pression. Le malade mange bien, n'a pas perdu le sommeil, mais malgré cela, il prétend avoir maigri. — Repos. Purgatif. Cataplasmes.

5 *octobre.* — Compresses d'eau glacée. Nouveau purgatif.

20. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXVI. — *Hémorrhoïdes. Applications de glace. Repos. Bains froids. Guérison.* — Rouleau (Jean), quarante-neuf ans, cartonnier, entre le 12 août 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Ce malade est habituellement constipé, mais il n'a commencé à souffrir pendant la défécation que depuis six mois environ. Ayant un jour examiné les matières après s'être aperçu que son linge était taché de sang, il a constaté qu'elles contenaient un peu de sang. Les selles sont devenues de plus en plus douloureuses, les hémorrhoïdes sont apparues au dehors, mais petites et rentrant facilement. Depuis trois semaines, elles ont beaucoup grossi et sont devenues irréductibles.

Etat actuel. — Au pourtour de l'orifice anal est un bourrelet, peu proéminent toutefois, recouvert par la muqueuse qui a pris une teinte violacée et presque noirâtre par places. La tumeur hémorrhoïdaire est bosselée, molle, douloureuse à la pression et surtout pendant la défécation. — Compresses renfermant un morceau de glace; repos, bain froid quotidien. Lavements émollients. — Sous l'influence de ce traitement, le bourrelet devient de plus en plus petit et par suite réductible.

30 *août.* — Le malade sort guéri.

Obs. DCCXVII. — *Hémorrhoïdes. Cautérisation du bourrelet. Guérison.* — Lejeune (Pierre), cinquante-deux ans, carrossier, entre le 30 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 11. C'est un malade ayant toujours joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de quarante-huit ans. A cette époque, apparition des hémorrhoïdes dont il rapporte la cause aux efforts qu'il est obligé de faire à cause d'une constipation rebelle datant de six ans. Il ne fait, dit-il, aucun excès et son travail ne l'oblige que rarement à être assis. Depuis deux ans, il perd beaucoup de sang par l'anus, ce qui l'affaiblit; il est en effet maigre et très pâle. Au début les hémorrhoïdes rentraient et le faisaient peu souffrir, mais depuis quatre mois elles sont douloureuses, très saignantes et restent à l'extérieur.

État actuel. — Au pourtour de l'orifice anal est un bourrelet hémorroïdal dont le volume est comparable à une couronne que l'on

formerait avec quelques œufs de pigeon. Leur couleur est lie de vin et, en quelques points, ardoisée. La pression est très douloureuse.

Le malade a un peu de fièvre, et parfois du ténesme vésical. — Applications de compresses émollientes arrosées de laudanum. Grand bain tous les jours.

7 *septembre.* — Opération avec le thermo-cautère.

28. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXVIII. — *Hémorrhoïdes internes. Destruction du bourrelet avec le thermo-cautère. Guérison.* — Blanc (Joseph), quarante-trois ans, comptable, entre le 20 juin 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Homme bien portant. Depuis plusieurs années, il est incommodé par une constipation qui l'oblige à prendre très fréquemment des lavements. Il y a quatre mois, ayant éprouvé une douleur très violente au niveau de l'orifice anal pendant la défécation : hémorrhagie ; les matières étaient également colorées en rouge. Il crut, dit-il, s'être déchiré quelque chose à l'intérieur à la suite des efforts, puis toute douleur cessa. Le lendemain, même douleur, et sang dans les garde-robes; un médecin constata des hémorrhoïdes.

Pendant trois mois, les hémorrhoïdes rentraient facilement, mais depuis trente et quelques jours, elles ont beaucoup grossi, ne se réduisent plus, et rendent la marche et même la position assise très difficile, tant elles sont douloureuses. C'est avec appréhension que le malade se présente à la garde-robe.

État actuel. — Au pourtour de l'orifice anal est un bourrelet saillant et très gros, recouvert par une muqueuse bleuâtre, enflammée. Ce bourrelet hémorrhoïdaire est très douloureux. Par le toucher rectal, on sent des hémorrhoïdes internes, également volumineuses. — Chloroforme. On incise le bourrelet avec le thermo-cautère.

Cicatrisation rapide de la plaie. Rien à noter de particulier; et le 19 *juillet :* sortie.

Obs. DCCXIX. — *Ulcération tuberculeuse de l'anus, traitée par l'iodoforme.* — Millot (Constant), trente-cinq ans, tonnelier, entre le 31 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 79. Il y a deux ans, en montant à cheval, il s'est fait une blessure à l'anus, cette blessure ne s'est pas cicatrisée malgré les différents traitements employés, il n'en souffre pas autrement; la sécrétion purulente a toujours été peu marquée et de temps en temps il saignait.

A son entrée. — On trouve au bord de l'anus, du côté gauche, une ulcération large comme une pièce de 5 francs, ulcération qui dépasse en haut les limites de la peau pour se prolonger un peu sous la muqueuse, et qui s'étend aussi du côté de la fesse; cette ulcération est granulée, rosée, à bords lisses, présentant çà et là quelques points jaunâtres; elle n'est pas douloureuse. La sécrétion purulente est relativement peu considérable, et de temps en temps lorsqu'on

enlève le pansement elle est le siège de légères hémorrhagies. Les selles sont peu douloureuses, mais le malade est tourmenté par une diarrhée persistante. Depuis quelque temps il tousse, il n'a jamais craché de sang, mais a beaucoup maigri. L'auscultation laisse entendre aux deux sommets une respiration rude, entrecoupée : pas d'autres signes du reste de tuberculose. — Pansement de l'ulcération à l'eau oxygénée ; diascordium et bismuth.

Au bout d'un mois l'ulcération ne s'est pas étendue, mais elle reste stationnaire, malgré tout traitement. Amaigrissement.

1er *août*. — Douleurs dans la fosse iliaque droite ; à la palpation on y découvre une tuméfaction mal limitée, profonde, qui semble tenir au cæcum. La diarrhée persiste avec des oscillations.

15. — Même état. Pansement de l'ulcération avec l'iodoforme.

1er *septembre*. — Aucun changement dans l'ulcération, persistance de la diarrhée. L'état général s'aggrave. Toux. Craquements secs.

15. — Pas de changements. Va à Vincennes.

Obs. DCCXX. — *Fissure à l'anus. Mèches de charpie enduites de pommade belladonée. Guérison.* — Guyot (Julien), trente-huit ans, palefrenier, entre le 21 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. Homme bien portant, fortement musclé. Depuis deux mois environ, il allait difficilement à la garde-robe, mais ne souffrait aucunement, lorsqu'il y a cinq semaines, il ressentit de très vives douleurs à l'anus. Ces douleurs, qui ne duraient que quelques minutes après la défécation, se sont prolongées peu à peu et durent maintenant une heure, deux heures et même quelquefois trois. Il trouve cet état intolérable, il perd l'appétit et devient, dit-il, très irritable.

État actuel. — En explorant l'anus à l'extérieur, on ne trouve point de traces d'hémorrhoïdes, mais si l'on écarte l'orifice, on découvre une fissure superficielle, longue de 1 centimètre et demi. En voulant pratiquer le toucher rectal, on constate que la constriction de l'anus est considérable et c'est à peine si l'on peut y introduire la dernière phalange de l'index. Cet examen est très douloureux. — Mèches de charpie enduites de pommade belladonée, renouvelées matin et soir.

Le sixième jour, les douleurs ont cessé complètement, les garde-robes sont devenues faciles. Le vingtième jour la guérison était obtenue. Sortie.

Obs. DCCXXI. — *Fissure anale. Dilatation. Guérison.* — Chevallier (Auguste), quarante-deux ans, émailleur, entre le 16 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 70. Il souffre depuis plus d'une année à l'anus, mais particulièrement au moment de la défécation qui détermine un spasme extrêmement douloureux : ni les cautérisations, ni les suppositoires, ni les pommades ne l'ont amélioré.

Chloroforme : dilatation forcée. — Dès le lendemain, le malade se

sent guéri et demande sa sortie. Bains plusieurs jours de suite.

Obs. DCCXXII. — *Fissure à l'anus. Hémorrhoïdes. Dilatation forcée. Guérison.* — Béney (Louis-Victor), cinquante-quatre ans, boulanger, entre le 4 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 4. Santé générale peu satisfaisante : emphysème pulmonaire, bronchite chronique et diarrhée fréquente. Il porte depuis plusieurs années des hémorrhoïdes, d'ailleurs peu volumineuses, formant à l'entrée de l'anus trois petits paquets. A la suite d'une cautérisation au nitrate d'argent apparut du ténesme : les efforts pour aller à la garde-robe sont devenus très pénibles et le passage des matières détermine de grandes douleurs.

Etat actuel. — L'inspection de la région nous montre les trois petites ulcérations linéaires : leur attouchement est extrêmement douloureux. — Grands bains. Repos au lit. Onguent populéum.

8 *juillet.* — L'état du malade ne s'améliorant pas, nous pratiquons la dilatation forcée. Toute douleur disparaît. Repos au lit. Bains émollients. Part guéri le 13 juillet.

Obs. DCCXXIII. — *Abcès de la marge de l'anus. Incision. Guérison.* — Bouisson (Émilien), quarante-cinq ans, receveur, entre le 1er février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 22. Il y a cinq mois, cet homme a eu un abcès de la région anale qui a été incisé et qui a guéri sans laisser de fistule. Il y a sept jours un nouvel abcès s'est formé. Le malade souffre beaucoup, il a de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence.

Actuellement. — Sur la partie droite voisine de l'anus, tumeur du volume d'une noix : élancements excessivement douloureux; peau rouge, chaude, fluctuation évidente.

2 *février.* — Large incision avec le bistouri. — Mèches de charpie enduites de cérat.

Rien à noter de particulier, après l'opération. La guérison s'opère rapidement et le malade sort le 23 février.

Obs. DCCXXIV. — *Abcès de la marge de l'anus. Incision. Guérison.* — Surivey (Louise), vingt ans, domestique, entre le 2 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 46 *bis*. La malade n'est ni tuberculeuse ni syphilitique : pas d'hémorrhoïdes ni de traumatismes. Excès de marche et de travail pendant ces derniers jours.

Etat actuel. — Tumeur arrondie, chaude, douloureuse à la pression et venant faire saillie à gauche et tout près de l'orifice anal. Il est facile d'en apprécier la suppuration en pressant sur les deux extrémités du phlegmon ou mieux en plaçant l'index dans le rectum et le pouce sur la tumeur. Elle paraît séparée de la cavité rectale par une paroi assez épaisse. — Incision. Cette opération donne issue à une cuillerée à bouche environ de pus inodore, contrairement à ce que l'on observe généralement. Mèche. Cataplasme.

4 *mars.* — La plaie est en partie fermée; les parois du foyer paraissent accolées. — Bain émollient.

7. — Le foyer est fermé et la malade, guérie, va au Vésinet.

Obs. DCCXXV. — *Abcès de la marge de l'anus. Incision. Cataplasmes. Guérison.* — Pepoz (Joseph), trente-deux ans, journalier, entre le 28 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Homme robuste, bien portant, sans antécédents héréditaires. Jamais de chancre ; une blennorrhagie et une orchite consécutive à l'âge de vingt-trois ans.

Il s'est assis, il y a huit jours, sur une chaise sur laquelle se trouvait un marteau. Tout d'abord il a ressenti une douleur dans la région périnéo-anale qui s'est dissipée au bout d'une demi-heure. Trois jours après, élancements du côté gauche de la marge de l'anus ; y ayant porté la main, il a constaté une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, peu douloureuse à la pression. La tumeur a évolué rapidement, et le lendemain de l'apparition elle était extrêmement douloureuse et la marche impossible.

A son entrée. — On trouve à deux travers de doigt en avant de l'ouverture anale une tumeur du volume d'un œuf de poule, fluctuante, douloureuse à la pression. La peau est rouge et chaude. La position assise est très difficile, les garde-robes sont fort pénibles. Pas de phénomènes fébriles. — Incision avec le bistouri : écoulement d'un quart de verre de pus. Mèche. Cataplasmes.

Rien à noter jusqu'au 9 mars où le malade ne souffrant plus demande à se soigner chez lui.

Obs. DCCXXVI. — *Abcès de la marge de l'anus. Incision. Guérison.* — Danot (Henri), trente-neuf ans, bijoutier, entre le 5 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. Il y a six jours, il s'est assis sur un marteau qui avait été déposé sur une chaise. Douleur peu sensible sur le moment. Le lendemain soir, il a commencé à sentir dans le pli fessier, auprès de l'anus, des douleurs qui sont devenues de plus en plus aiguës et presque continues, puis il a remarqué en avant de l'anus une tumeur du volume d'une aveline.

Etat actuel. — En avant de l'orifice anal et un peu à droite est une tumeur grosse comme une châtaigne, dure, à peine fluctuante, douloureuse à la pression, et qui est le siège d'élancements très aigus. La peau est rouge, chaude, luisante. Quand le malade marche et va à la garde-robe, ses souffrances s'exagèrent. Il a aussi de la peine à s'asseoir. État général satisfaisant, à part un léger mouvement fébrile. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques. — Cataplasmes.

10 *août.* — Incision profonde de la tumeur : issue d'un liquide purulent, verdâtre et très fétide. Lavage avec l'alcool phéniqué. Grosses mèches de charpie enduites de cérat phéniqué.

22 *août.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXXVII. — *Abcès de la marge de l'anus. Opération. Guérison.* — François (Marie), trente-neuf ans, garçon de salle, entre le 2 dé-

cembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. Antécédents héréditaires nuls. Quelques manifestations scrofuleuses dans la jeunesse. Bronchite à vingt ans : depuis, état général assez faible; il s'enrhume facilement. Il y a dix jours, à la suite d'une grande fatigue : vive démangeaison à l'anus, et petite tumeur douloureuse qui l'empêchait de marcher. — Cataplasmes, bains de siège.

Etat actuel. — A gauche de l'orifice anal existe une tumeur du volume d'une noix, fluctuante, douloureuse à la pression. Quelques petites tumeurs hémorrhoïdaires au pourtour de l'anus. État général faible. Respiration rude aux deux sommets pulmonaires; hémoptysie il y a quatre jours. — Ouverture de l'abcès avec bistouri. Cataplasmes. Bains de siège. Traitement reconstituant.

24 décembre. — Guérison. Exeat.

Obs. DCCXXVIII. — *Abcès de l'anus chez un syphilitique. Incision. Traitement spécifique. Guérison.* — Pierre (Auguste), vingt ans, garçon de manège, 2 juin 1881 (externe). Monte souvent à cheval. Un petit abcès s'est développé à la partie supérieure de l'anus : isolé, sans rapport avec aucune lésion apparente. — Incision. Cataplasmes. Bains.

Le malade vient nous revoir huit jours après : l'ouverture est devenue le point de départ de petits trajets fistuleux : la peau dans le voisinage est mortifiée en partie. De plus notre attention est attirée par une coloration rouge jambon; nous interrogeons la malade au point de vue de la syphilis et nous constatons l'existence de cette diathèse : il a eu un chancre en effet six mois avant, un peu de roséole et quelques plaques muqueuses. Pas de traitement suivi. — Pilules de protoiodure de mercure. Bains. Cataplasmes.

Huit jours après l'abcès de l'anus est complètement guéri.

Obs. DCCXXIX. — *Abcès rétro-rectal non ostéopathique ayant donné lieu à des abcès fistuleux à répétition du pourtour de l'anus. Débridement des trajets fistuleux. Ablation des fongosités. Guérison.* — Lefebvre (Louis), quarante et un ans, tôlier, entre le 22 avril 1882, n° 25, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Syphilis il y a vingt ans. Depuis douze ans, abcès à répétition au pourtour de l'anus avec fistules multiples.

Etat actuel. — La fesse gauche est tuméfiée, plus volumineuse que la droite, elle offre dans l'espace compris entre l'ischion et le coccyx, sur une même ligne antéro-postérieure, distante de la ligne médiane de 5 centimètres, trois fistules séparées les unes des autres par des intervalles de 2 et 3 centimètres. La plus antérieure occupe le centre d'une ulcération, large de 3 centimètres, à bords irréguliers de teinte ocreuse, à fond encore grisâtre recouvert d'une sorte de pseudo-membrane et baigné de pus gommeux. Les deux autres, à peine déprimées, sont en partie marquées par des bourgeons charnus mollasses et saignants. L'exploration avec le stylet démontre que des

fistules conduisent à une profondeur de 8 à 10 centimètres vers la ligne médiane, dans la direction des fosses ischio-rectales, sans rencontrer les os ni l'intestin. Au toucher on sent qu'il existe un décollement profond et très étendu des parties molles de la fesse, avec de l'empâtement et de l'induration lardacée. Le toucher rectal ne démontre ni rétrécissement, ni ulcération, ni orifice fistuleux interne. L'exploration du sacrum, du coccyx, des ischions et des branches ischio-rectales rendue difficile par l'empâtement et l'œdème, ne permet pas de découvrir de lésion appréciable de ces os. Rien d'anormal du côté de la prostate, de la vessie, de l'urèthre ou de l'articulation coxo-fémorale. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

27 *mai* 1882. — Chloroforme. Après avoir introduit dans les trajets fistuleux des sondes cannelées qui sont maintenues par des aides, nous faisons le débridement de ces trajets avec le thermo-cautère en commençant par les postérieurs qui sont plus superficiels. Ces deux fistules sont les branches d'un même trajet et se rejoignent de manière à former un λ après un parcours de 4 centimètres. Nous débridons ensuite la fistule antérieure qui se dirige d'abord en dedans et en avant vers la racine des bourses, où elle aboutit, après un trajet de 3 centimètres, à un cloaque rempli de pus et tapissé de bourgeons charnus que nous détruisons. Au fond de ce cloaque se trouve l'orifice d'un autre trajet plus profond qui change de direction pour se porter vers le rectum. Nous réunissons ce trajet à celui des fistules postérieures par un débridement antéro-postérieur qui nous fait rencontrer un décollement profond se portant d'une part vers la branche ischio-pubienne et d'autre part, en dehors, sous la peau jusqu'au niveau de la face externe du grand trochanter. Nous faisons en ce point une contre-ouverture qui nous permettra de passer un tube à drainage. Après avoir détruit par la cautérisation les bourgeons charnus qui tapissaient ces diverticules, nous revenons au point de jonction des trois fistules à orifices cutanés, et une exploration attentive nous fait découvrir un nouveau trajet qui nous conduit sur le côté du coccyx, nous le débridons largement et nous constatons que le périoste qui recouvre cet os est ramolli et tapissé par un énorme paquet de fongosités mollasses et saignantes plus développées du côté droit que du côté gauche (côté des orifices fistuleux). En contournant le coccyx nous découvrons entre cet os et le rectum un abcès volumineux remontant dans la concavité sacrée et remplie de pus et de fongosités. Nous évacuons le liquide et nous détruisons les parois de l'abcès. Nulle part il n'existe d'os dénudé. — Gros tube à drainage dont l'une des extrémités sort au niveau de l'ischion et l'autre au niveau du grand trochanter par la contre-ouver-

ture que nous avons pratiquée en ce point. Pansement phéniqué

Pendant huit jours, la température oscille entre 37°,8 et 39°; elle devient normale ensuite. Suppuration abondante à partir du quatrième jour. — A partir du 12 juin, la suppuration se modère et des bourgeons de bonne nature commencent à combler les plaies.

6 *juillet*. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXXX. — *Fistule anale externe. Débridement. Guérison.* — Tourneux (Alphonse), cinquante-deux ans, tisserand, entre le 29 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 8. Il y a deux mois il est tombé à califourchon sur le rebord d'un banc. Immédiatement, il a ressenti une vive douleur, et les jours suivants, en arrière des bourses au voisinage de l'anus, abcès du volume d'une noix. Bains de siège émollients et cataplasmes. Ouverture, issue de liquide purulent, très fétide. Après quelques jours de repos, cet homme peut reprendre son travail, mais il continue à souffrir surtout lorsqu'il marche. Amaigrissement; cependant il a très bon appétit.

Etat actuel. — A 2 centimètres et demi de l'anus est l'orifice d'un trajet fistuleux, dans lequel nous introduisons une sonde cannelée. L'instrument s'enfonce obliquement en haut et en dedans dans une longueur de 4 centimètres, mais ne communique pas avec le rectum; on sent très bien, le doigt étant introduit dans le rectum, que la sonde vient butter contre la muqueuse. On examine aussi avec soin les organes thoraciques sans rien trouver d'anormal. — Chloroforme. Incision du trajet fistuleux avec le bistouri : mèche de charpie enduite de cérat phéniqué.

La guérison se fait rapidement, et le 28 juillet, le malade sort : la plaie est presque entièrement cicatrisée.

Obs. DCCXXXI. — *Fistule borgne externe. Débridement. Guérison.* — Fourcadet (Joseph), quinze ans, garçon marchand de vin, entre le 3 décembre 1880, au n° 78 de la salle Saint-Augustin. Ce jeune homme, pâle, maigre, mais dont la poitrine examinée attentivement ne présente aucune affection, a vu se développer, au mois d'avril dernier, à gauche de la marge de l'anus, un abcès qui l'a fait énormément souffrir et qui s'est ouvert seul à la suite de l'application de cataplasmes, laissant un trajet fistuleux.

Etat actuel. — A 1 centimètre en effet de la marge de l'anus à gauche, on voit un orifice dans lequel pénètre facilement une sonde cannelée de moyen calibre, jusqu'à une profondeur de 3 centimètres et demi. Le doigt introduit dans le rectum sent l'extrémité de la sonde au-dessous de la paroi rectale qui est un peu amincie. Le conduit fistuleux est oblique de bas en haut, de dehors en dedans et d'arrière en avant. — Incision, avec le bistouri sur la sonde cannelée, du trajet fistuleux; introduction d'une forte mèche de charpie entourant un tube de caoutchouc et arrosée d'eau phéniquée.

Le 28 décembre, le malade sort guéri.

Obs. DCCXXXII. — *Fistule anale borgne externe. Débridement avec le bistouri. Guérison.* — Pourreau (Joseph), trente et un ans, chiffonnier, entre le 21 février 1881, au n° 9 de la salle Sainte-Marthe. Il souffrait depuis un certain temps du côté de la région anale, sans découvrir rien de particulier, lorsqu'il y a deux mois, il vit se former un abcès qui s'ouvrit spontanément, et qui a donné lieu à une fistule. Le malade souffre peu, excepté pendant la défécation.

Etat actuel. — A 4 millimètres de l'orifice anal est un petit orifice qui permet à peine l'introduction d'un stylet de trousse. L'instrument engagé révèle l'existence d'un conduit de 3 centimètres de longueur. Le doigt placé dans le rectum sent le bout de l'instrument qui butte contre la paroi rectale sans la dépasser. Toutefois cette paroi semble amincie. Cet homme se porte bien, et ses organes thoraciques examinés avec soin ne révèlent aucune lésion. — Incision avec le bistouri : mèche enduite de cérat phéniqué.

La guérison est rapide et le malade sort le 18 mars.

Obs. DCCXXXIII. — *Fistule anale borgne externe. Débridement. Guérison.* — Hateau (Henri), trente-neuf ans, couvreur, entre le 15 janvier 1881, au n° 12 *bis* de la salle Sainte-Marthe. Sujet vigoureux, n'a jamais été malade, ne semble pas alcoolique. Au mois de novembre dernier a eu un abcès de la région anale, qu'il a traité par les cataplasmes. Cet abcès s'est ouvert, mais il est resté fistuleux. Le malade n'en souffre que quand il va à la garde-robe.

A l'examen, on trouve à droite de l'anus, à un demi-centimètre environ de cet orifice, une fistule dans laquelle le stylet s'engage à une profondeur d'environ 3 centimètres : le doigt introduit dans le rectum sent la pointe de l'instrument qui soulève la muqueuse sans la traverser. — Incision du trajet fistuleux. Pansement avec une mèche de charpie enduite de cérat phéniqué.

Le 24 janvier, le malade demande sa sortie.

Obs. DCCXXXIV. — *Fistule anale borgne externe. Incision avec le bistouri. Guérison.* — Lars (Louis), trente-sept ans, cultivateur, entre le 1er mai 1882, au n° 4 de la salle Saint-Augustin. Sujet manifestement alcoolique. Depuis quelques années il tousse et a beaucoup maigri. Il y a cinq mois, sans cause connue, s'est formé au niveau de la marge de l'anus un abcès qui s'est ouvert spontanément trois semaines après et est resté fistuleux.

Actuellement. — A gauche de l'anus, à 3 centimètres, on aperçoit un orifice par lequel sortent des gouttelettes de pus, et aussi des gaz, d'après ce que dit le malade. Le stylet pénètre dans un trajet peu profond se dirigeant du côté de l'anus, mais l'extrémité de l'instrument reste éloignée de la muqueuse rectale.

4 mai. — Incision sur la sonde cannelée avec un bistouri. Pansement avec une mèche enduite de vaseline.

Cicatrisation rapide : le malade demande sa sortie le 14.

Obs. DCCXXXV. — *Fistule anale borgne externe. Débridement avec le bistouri. Guérison.* — Level (Georges), trente-huit ans, cordonnier, entre le 7 octobre 1882, au n° 5 de la salle Saint-Augustin. Pas d'antécédents héréditaires. Sujet maigre, mais assez fortement musclé; ne tousse pas, n'a jamais craché de sang. Il y a sept mois, a eu un abcès près de l'orifice anal : souffrances vives; il s'ouvrit sous l'influence des cataplasmes. Il est resté une fistule par laquelle s'écoule continuellement du pus; quand le malade va à la selle, il souffre quelquefois violemment, surtout quand les matières sont très denses.

État actuel. — A 4 millimètres en haut et en dehors de l'orifice anal est un petit bourgeon, ou tubercule, à la partie inférieure duquel on trouve une petite ouverture dans laquelle un stylet introduit pénètre jusqu'à la paroi rectale qui est intacte, comme on peut s'en convaincre, l'index de la main gauche étant introduit dans le rectum. Le trajet est situé de haut en bas et de dehors en dedans.

11 *octobre.* — Incision du trajet fistuleux avec une sonde cannelée et le bistouri : écoulement de sang abondant qui nécessite l'application de trois pinces hémostatiques qui sont laissées à demeure pendant quatre ou cinq heures. Grosse mèche enduite de cérat phéniqué.

27. — Guérison complète. Sortie.

Obs. DCCXXXVI. — *Fistule anale borgne externe. Hémorrhoïdes. Débridement. Guérison.* — Lejeune (J.-Baptiste), quarante-trois ans, employé aux pompes funèbres, entre le 27 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 25. Il y a trois mois, sans cause connue, il s'est formé à la marge de l'anus un abcès qui s'est ouvert sous l'influence des cataplasmes, et qui a laissé une fistule. Le malade en souffre beaucoup, étant obligé d'être debout ou de marcher toute la journée. Par la fistule il s'écoule continuellement une notable quantité de pus verdâtre et fétide. De plus le malade porte des hémorrhoïdes douloureuses.

Etat actuel. — À 1 centimètre à gauche de l'anus, on aperçoit un orifice étroit qui laisse suinter du pus. Le pourtour de l'orifice est entouré de petits bourgeons charnus. Un stylet introduit dans le canal fistuleux pénètre à 3 centimètres et demi du côté du rectum, dont la muqueuse est intacte.

6 *décembre.* — Incision, avec le bistouri, du trajet fistuleux. — Mèche de charpie enduite de cérat, dans le milieu de laquelle on place un tube à drainage.

7 *janvier* 1882. — Guérison complète. Exeat.

Obs. DCCXXXVII. — *Fistule anale borgne externe. Débridement avec le bistouri. Guérison.* — Monnier (Achille), quarante-neuf ans, cordonnier, entre le 27 août 1882, au n° 2 de la salle Sainte-Marthe; pas d'hérédité. C'est un homme bien portant n'ayant eu comme maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de douze ans et deux blennorrhagies, la première à vingt et un ans et la seconde à vingt-quatre. Rien du côté des poumons. Il y a deux mois, il a eu, sans cause connue, un abcès du côté droit de la marge de l'anus. Cet abcès, traité par les cataplasmes, s'est ouvert et a laissé une fistule, qui donne lieu à un écoulement de pus qui incommode beaucoup le malade.

Etat actuel. — A droite de l'orifice anal, à 1 centimètre environ, est l'ouverture d'un trajet fistuleux dont le pourtour est rouge. Introduisant un stylet dans l'orifice de la fistule, et un doigt dans l'anus, nous constatons que l'instrument s'enfonce à une distance de 3 centimètres et demi et vient butter contre le doigt engagé dans le rectum; mais la muqueuse de cette partie de l'intestin est intacte.

29 *août.* — Débridement avec le bistouri : mèche enduite de vaseline phéniquée.

24 *septembre.* — Sorti guéri.

Obs. DCCXXXVIII. — *Fistule anale borgne externe. Incision.* — Bourguignon (Maria), vingt-six ans, épicière, entre le 27 février 1882, n° 42, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Constipation habituelle. Il y a deux mois un abcès se forma dans le sillon interfessier à la pointe du coccyx, s'ouvrit et demeura fistuleux.

Etat actuel. — Orifice fistuleux en activité au niveau de la pointe du coccyx. Une sonde cannelée introduite dans le trajet le dirige vers l'anus et aboutit sous la muqueuse rectale. Il n'existe pas de diverticules appréciables, pas de lésions du coccyx ou du sacrum.

18 *mars.* — Chloroforme. Débridement avec le bistouri. Excision des parois organisées de la fistule. Pansement phéniqué. — Sortie le 10 avril. Guérison assurée.

Obs. DCCXXXIX. — *Fistule anale borgne externe. Débridement. Guérison.* — Lapierre (Ernest), quarante-trois ans, horloger, entre le 5 avril 1882, n° 3, salle Saint-Augustin. Bonne santé habituelle. Il y a quatre mois, sans cause connue, il a vu se développer du côté droit de la marge de l'anus un abcès qui l'a fait baucoup souffrir et qui s'est ouvert spontanément. Cet abcès a laissé une fistule par laquelle s'écoule continuellement du pus. Le malade ne souffre pas quand il est au repos, mais dès qu'il marche pendant une demi-heure, il est obligé de s'arrêter et l'écoulement du pus augmente.

A son entrée. — On trouve sur la marge de l'anus, à un demi-centimètre de l'orifice, une petite ouverture d'où s'échappe une goutte-

lette de pus. Le pourtour de cet orifice est rouge et induré. Un stylet introduit se dirige obliquement en haut vers le rectum : la muqueuse rectale est amincie, mais non perforée. Rien aux poumons. — Anesthésie. Incision, sur la sonde cannelée, du trajet fistuleux : mèche de charpie enduite de cérat phéniqué.

30 *avril.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXL. — *Fistule anale borgne externe. Débridement avec le thermo-cautère. Guérison.* — Zion (Jules), vingt-neuf ans, tailleur sur cristaux, entre le 7 janvier 1882, au n° 3 de la salle Sainte-Marthe. Il y a six mois en allant au cabinet, il est tombé assis sur la boule qui surmonte la tige destinée à abaisser la soupape. Au bout de quelques heures, douleurs très vives, gonflement. Peu de jours après on constate un abcès de la marge de l'anus, qui s'est ouvert sous l'influence des cataplasmes. Il s'est, à la suite, établi une fistule qui donne lieu à un écoulement notable de pus et qui occasionne de grandes souffrances au malade surtout lorsqu'il marche un peu longtemps.

Etat actuel. — A 1 centimètre et demi de l'orifice anal, on aperçoit l'orifice du trajet fistuleux. Un stylet introduit révèle l'existence d'un conduit se dirigeant obliquement en haut et en avant jusque sous la muqueuse rectale, à une hauteur de 3 centimètres et demi. Rien aux poumons.

16 *janvier.* — Incision de la fistule avec le thermo-cautère : mèche de charpie enduite de cérat phéniqué.

10 *février.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXLI. — *Fistule anale borgne externe. Débridement. Guérison.* — Robineau (Cyprien), cinquante et un ans, employé aux pompes funèbres, entre le 19 septembre 1881 au n° 74 de la salle Saint-Augustin. Il a toujours été sujet à être constipé. Au mois de mai dernier, il a eu un abcès de la marge de l'anus qui s'est ouvert spontanément et qui est resté fistuleux. Etant obligé de marcher la plus grande partie de la journée, il souffre beaucoup.

A son entrée. — On constate à 1 centimètre de l'orifice anal un petit orifice dont les bords sont indurés et par lequel s'échappent quelques gouttelettes de pus. Un stylet introduit dans ce trajet fistuleux pénètre à une profondeur de 2 centimètres : la muqueuse rectale est intacte. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal. — Débridement de la fistule, avec le bistouri, sur la sonde cannelée. Mèche de charpie enduite de cérat phéniqué. 30 grammes d'huile de ricin pour combattre la constipation.

8 *octobre.* — Cicatrisation. Sortie.

Obs. DCCXLII. — *Fistule anale externe. Incision. Guérison.* — Lenne (Alfred), cinquante-deux ans, garçon de magasin, entre le 13 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. Ce malade a toujours été d'une bonne

santé, lorsque, il y a six mois à peu près, il a constaté l'existence d'une tuméfaction douloureuse de la région ano-scrotale gauche. Cette tuméfaction augmenta lentement pendant trois mois, sans déterminer jamais de bien vives douleurs, puis, sans cause appréciable, se rompit un jour pour livrer passage à une quantité assez considérable de pus. Depuis cette époque, l'orifice ne s'est jamais refermé et a continué à donner issue à du liquide purulent. Toute douleur a disparu après l'ouverture de l'abcès : le malade éprouve seulement quelques démangeaisons, et se plaint surtout de ce que son linge est constamment taché par le pus.

Etat actuel. — A la région ano-scrotale gauche une ulcération ayant le diamètre d'une pièce de 50 centimes. La peau, au pourtour, est décollée dans une étendue de 2 centimètres, et le stylet n'arrive sur aucun organe (ischion, coccyx, rectum, vésicules séminales, urèthre).

19 *mai.* — Après anesthésie, nous pratiquons, à l'aide du thermocautère, l'ablation de toute la peau décollée, et cautérisons les parties sous-jacentes qui sont indurées. Pansement de Lister.

25 *mai.* — La plaie est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. — Pansement au vin aromatique.

30. — La cicatrisation marche rapidement. La plaie a diminué de moitié. — Même pansement : cautérisation au nitrate d'argent.

7 *juin.* — La plaie a les dimensions d'une pièce de 1 franc. Le malade demande à sortir.

Obs. DCCXLIII. — *Fistule anale borgne externe. Débridement. Guérison.* — Bruneau (Jean-Baptiste), quarante-sept ans, journalier, entre le 1er septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 17. Constipation habituelle. Abcès de la marge de l'anus, il y a deux mois, qu'il attribue à un coup de pied. L'abcès s'est ouvert spontanément, et il s'est écoulé une notable quantité de pus. Fistule consécutive d'où il sort quelques gouttelettes de pus. Ce qui préoccupe le plus le malade, c'est qu'il souffre beaucoup en allant à la selle.

État actuel. — Sur la partie latérale droite de la marge de l'anus, à 1 centimètre de l'orifice anal, est un bourgeon charnu au milieu duquel se trouve l'ouverture d'une fistule. On y introduit un stylet qui se dirige obliquement en haut et vient butter contre le doigt introduit dans le rectum. La muqueuse est intacte. Le trajet de la fistule n'est pas rectiligne, il est tortueux, aussi le stylet n'arrive-t-il pas du premier coup sur la muqueuse rectale. — Le malade étant endormi, débridement avec le bistouri. Grosse mèche enduite de cérat.

Bientôt le fond de la plaie se couvre de bourgeons charnus et le 21 septembre la guérison est complète. — Sortie.

Obs. DCCXLIV. — *Fistule anale borgne externe. Débridement. Gué-*

rison. — Leroy (Achille), quarante-cinq ans, cordonnier, entre le 7 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 7 *bis*. Il y a trois mois, il a eu un abcès de la marge de l'anus qui s'est ouvert spontanément et qui est resté fistuleux.

État actuel. — C'est un sujet amaigri et alcoolique, mais qui ne présente rien d'anormal du côté des organes thoraciques. La fistule siège à 1 centimètre en avant de l'orifice anal. L'orifice est presque imperceptible et c'est à peine si un stylet ordinaire peut être introduit. Sa direction est oblique en haut et en arrière : la muqueuse rectale est intacte. — Débridement avec le bistouri. Mèche de charpie enduite de cérat phéniqué.

23 *août*. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCXLV. — *Fistule borgne externe. Incision du trajet avec le bistouri. Guérison.* — Bilsdtein (Louis), ajusteur, trente-huit ans, entre le 15 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 32. Il y a deux mois, il s'assit lourdement sur une chaise sur laquelle se trouvait un morceau de cuivre : douleur vive immédiatement, mais qui disparut en quelques heures. Quatre jours après, nouvelles douleurs aiguës au niveau du sillon fessier et apparition d'une tumeur qui en peu de jours atteignait les dimensions d'un petit œuf de poule. Impossibilité de marcher et même de s'asseoir ; fièvre légère. — Cataplasmes. Ouverture : issue d'un demi-verre de pus très fétide. Une fistule persista qui ne cesse de suppurer, ce qui gêne sensiblement le malade.

État actuel. — Sur la fesse gauche, à 2 centimètres de l'orifice anal, on aperçoit un petit pertuis dans lequel un stylet introduit pénètre à une distance de 2 centimètres et demi. Ce trajet se dirige obliquement en haut et en dedans et vient butter sur la muqueuse rectale qui est intacte, comme on peut s'en convaincre par le toucher rectal. Remplaçant le stylet par une sonde cannelée de petit calibre, nous incisons le conduit fistuleux et plaçons entre les lèvres de la plaie une grosse mèche enduite de cérat.

La cicatrisation marche rapidement; et le 25 mai, exeat.

Obs. DCCXLVI. — *Fistule anale complète.* — Simon (Joseph), cinquante-sept ans, journalier, entre le 29 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 28. Sujet maigre et alcoolique, mais bien portant, dont les organes thoraciques sont parfaitement sains. Depuis quelques années il est très fréquemment constipé, et est obligé de prendre des lavements. Il y a deux mois et demi, en allant à la garde-robe, il ressentit du côté de l'anus une douleur violente et s'aperçut que sur les bords de cet orifice existait une petite tumeur comparable à une noisette. En quelques jours cette tumeur, excessivement douloureuse, acquérait le volume d'une grosse noix et rendait l'acte de la défécation encore plus pénible. — Cataplasmes. — Sept jours après l'abcès s'ouvrit et est resté fistuleux depuis. Le malade ne souffre

plus quand il est au repos, mais dès qu'il marche longtemps ou qu'il a très chaud, il ressent une cuisson dans le pli fessier. Il dit qu'il a remarqué du pus dans ses garde-robes.

État actuel. — Sur le côté gauche de la marge de l'anus est un orifice qui permet facilement l'introduction d'une sonde cannelée. Cet instrument pénètre à une profondeur de 3 centimètres dans la direction du rectum, puis tombe dans une cavité; le doigt introduit alors dans le rectum rencontre l'extrémité de la sonde qui a pénétré dans cette partie de l'intestin.

Nous nous proposions de faire l'opération, mais le malade, pusillanime, demande sa sortie. — Exeat le 13 mai.

Obs. DCCXLVII. — *Fistule anale complète. Opération. Guérison.* — Cudelou (Victor), quarante-sept ans, journalier, entre le 23 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 80. Père bien portant, mère morte à trente ans de la poitrine. Gourme étant petit ; s'enrhume assez facilement l'hiver, jamais de grandes maladies, jamais d'hémoptysies, tousse toujours un peu depuis l'hiver dernier. Il y a trois mois, sans causes connues, douleur au fondement, puis abcès de la marge de l'anus : perce tout seul. Il reste une petite fistule qui donne issue à de la sérosité purulente. Trois semaines avant l'entrée, la fistule s'agrandit un peu et livre passage à des gaz et parfois à des matières liquides qui tachent le linge. Douleurs.

A l'entrée. — Fistule complète commençant à 3 centimètres à droite de l'anus et remontant au-dessus du sphincter externe. Aux poumons : rien à la percussion, mais rudesse de la respiration au sommet gauche, quelques râles sibilants; à droite, signes de bronchite prononcés surtout au sommet. — Débridement de la fistule au bistouri. Pansement au vin aromatique. Traitement tonique, huile de foie de morue.

16 *juillet.* — La plaie est en partie cicatrisée surtout du côté du rectum. Le malade demande à sortir.

Obs. DCCXLVIII. — *Fistule anale complète avec diverticule kystique. Opération avec le thermo-cautère. Guérison.* — Lever (Armand), soixante-huit ans, employé, entre le 27 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 23. Toujours constipé : hémorrhoïdes fluentes, opérées par Chassaignac, il y a quatorze ans, au moyen de l'écraseur. Depuis quatre ou cinq ans, sans abcès préalable, douleurs et malaise en allant à la selle. Quelque temps avant d'entrer, un abcès se forme près des bourses et finit par s'ouvrir. Il ne s'est pas aperçu qu'il rendît quoi que ce soit par la fistule.

A l'entrée. — Fistule située à deux travers de doigt en avant de l'anus et un peu à droite. Le stylet ne peut pénétrer loin à cause de l'irrégularité du trajet. Au périnée, près de la racine des bourses : deux petites tumeurs pleines d'un pus qui sort par la fistule lors

qu'on les presse. Leur volume est celui d'une aveline et la peau est un peu rouge à leur niveau.

21 *juillet.* — Anesthésie. Au moyen du thermo-cautère, on ouvre la fistule par petites portions. Il est ainsi facile d'arriver d'une part dans l'ampoule rectale, d'autre part dans les tumeurs périnéales qui sont de petites cavités tapissées d'une membrane rougeâtre et remplies de sérosité brune : on les cautérise fortement à l'intérieur. Pansement au vin aromatique.

Reste cinq jours sans aller à la selle.

Deux verres d'eau de Sedlitz, deux selles copieuses. Bon état général ; peu de douleurs ; urine difficilement et peu à la fois.

10 *août.* — On met des mèches dans la plaie qui bourgeonne bien. Depuis hier, diarrhée, un petit mouvement fébrile avec frisson le soir. Ne tousse pas, rien au thorax ni au ventre.

11. — Plus de fièvre, la diarrhée persiste. — Bismuth.

12. — Mieux complet, bon appétit, bon sommeil.

15. — La diarrhée est revenue. — Nouvelle potion de bismuth. — Urine toujours assez difficilement : rien au canal.

25 *septembre.* — La plaie est cicatrisée aux trois quarts.

15 *octobre.* — Sort à peu près guéri pour revenir se faire panser.

Obs. DCCXLIX. — *Fistule anale complète, chez une malade non tuberculeuse. Opération au bistouri. Guérison.* — Delblat (Désirée), trente-six ans, lingère, entre le 15 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 56. Malade manifestement arthritique, prédisposée aux hémorrhoïdes. Depuis quelque temps, les hémorrhoïdes ont été plus fréquentes et plus douloureuses. Au mois de mars dernier, elle a eu une poussée hémorrhoïdaire beaucoup plus considérable que les autres, extrêmement douloureuse et qui dura plus de quinze jours. Au bout de ce temps un abcès se forma et s'ouvrit bientôt. A partir de ce moment, le pus ne s'arrêta pas, et continua à se produire en assez grande abondance : une fistule était constituée. Depuis cette époque la malade a eu quelques nouvelles poussées d'hémorrhoïdes beaucoup moins douloureuses que la précédente. La production de la fistule s'est accompagnée de vives démangeaisons plutôt que de vraies douleurs. La défécation toutefois était assez pénible.

État actuel. — A la partie antérieure de l'orifice rectal, existe un petit pertuis difficile à trouver au milieu des hémorrhoïdes flasques qui entourent l'anus. Un doigt introduit dans le rectum fait sortir par l'orifice de la fistule une assez grande quantité de pus. Le stylet arrive sous la muqueuse rectale et remonte sur un trajet de près de 2 centimètres. A cette hauteur, on rencontre l'orifice interne par lequel le stylet s'engage.

21 *novembre.* — Anesthésie. Une sonde cannelée étant introduite à travers le trajet jusque dans le rectum, nous faisons ressortir par

l'anus son extrémité interne, et sectionnons avec le bistouri les parties molles soulevées par la sonde. Le sphincter n'est pas intéressé. L'incision ne donne issue qu'à peu de sang. Mèche vaselinée.

24. — La malade sort à peu près guérie.

Obs. DCCL. — *Fistule anale complète. Opération. Guérison.* — Goulette, trente-trois ans, charron, entre le 23 mars 1882, salle Sainte-Marthe. A toujours été d'une excellente santé et ne présente dans ses antécédents héréditaires rien de suspect. Il y a trois ans, il a contracté la syphilis. En juillet dernier, il s'est aperçu qu'il avait au fondement une petite grosseur douloureuse, qui, au bout de quelque temps, donna du pus : l'orifice se ferma, puis bientôt il y eut un nouvel écoulement de pus et ainsi de suite ; démangeaisons assez vives. Depuis quinze jours surtout, le malade se sent plus gêné : marche difficile et le malade ne peut plus vaquer à ses occupations.

Etat actuel. — Nous constatons que l'orifice anormal siège tout près de l'anus : trajet rectiligne de 8 centimètres environ. Pas d'orifice interne. — Débridement sur la sonde cannelée. Mèche enduite de cérat. Guérison en dix jours.

Obs. DCCLI. — *Fistule complète de l'anus chez un individu non tuberculeux. Guérison.* — Genin (Jules), trente-deux ans, sertisseur, entre le 24 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Chancre mou et bubon en 1881. En 1871, fièvres intermittentes. Ne tousse pas ordinairement. Il a une assez bonne santé habituelle ; est naturellement très constipé. Il y a un mois à peu près, il éprouva une douleur à la marge de l'anus, et bientôt il put constater que la partie droite, qui était surtout douloureuse, se tuméfiait peu à peu : les douleurs augmentèrent en même temps que la tuméfaction. Au bout de huit jours l'abcès s'ouvrit et donna issue à une assez grande quantité de pus. Pendant les trois jours qui précédèrent l'ouverture de l'abcès, le malade eut de la rétention d'urine : dès que l'abcès se fut ouvert la rétention d'urine disparut. Depuis cette époque, une fistule a persisté, déterminant une sensation de gêne, mais ne donnant lieu à aucune douleur vraie. Le malade ne souffre pas pour aller à la garde-robe.

État actuel. — Cette fistule est située à 1 centimètre à droite de l'anus. Le stylet introduit dans son orifice se rapproche de la ligne médiane, puis remonte le long des parois de l'anus à une hauteur de 2 centimètres, pour se terminer par un orifice interne qu'on trouve facilement. Rien à l'auscultation dans les poumons : le malade, du reste, ne tousse pas.

26 *mai.* — Anesthésie. Opération de la fistule avec le thermo-cautère. Pansement avec une mèche cératée.

15 *juin.* — Sort à peu près guéri.

Obs. DCCLII. — *Fistule complète de l'anus chez un individu non tuberculeux. Opération au thermo-cautère. Guérison.* — Aubert (Pierre),

cinquante et un ans, charpentier, entre le 28 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 2. Il y a à peu près deux ans, ce malade eut, sans cause connue, un abcès de la région anale, abcès très douloureux qui s'ouvrit spontanément au bout de sept à huit jours. Depuis cette époque, à trois ou quatre reprises, de nouveaux abcès se sont produits dans la même région, et l'un d'eux, qui date du mois d'août dernier, a laissé après lui une fistule.

État actuel. — Sur la partie antérieure et droite de la région anale, à 1 centimètre et demi de l'anus, existe un orifice au fond d'une dépression. Le stylet introduit par cet orifice remonte sur une hauteur de 3 centimètres le long du canal intestinal, puis vient aboutir à un orifice que le doigt introduit dans le rectum sent très manifestement. Il n'y a pas d'autre orifice dans le rectum ; on n'en trouve pas d'autres, non plus, dans la région anale. L'état général est excellent ; le sujet est robuste et vigoureux ; l'auscultation la plus attentive ne permet de reconnaître aucune trace de lésion pulmonaire. Rien du côté de la vessie ou de la prostate.

La fistule laisse échapper souvent des gaz ; elle sécrète du pus en assez grande quantité qui vient tacher le linge du malade. Elle ne détermine pas de douleur véritable, mais elle produit une sensation de prurit et des démangeaisons vraiment insupportables.

28 *juin.* — Le malade demande à ne pas être endormi. L'opération est faite avec le thermo-cautère : mèche cératée.

3 *juillet.* — La plaie est recouverte de bourgeons de bonne nature.

5. — Cautérisation au nitrate d'argent. Les jours suivants, on continue le même pansement.

Le malade sort le 19 juillet. Il est à peu près guéri.

Obs. DCCLIII. — *Fistule anale complète. Opération. Guérison.* — Forestier (Louis), quarante-deux ans, garçon boulanger, entre le 25 avril 1881, n° 9, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Gourme étant petit, angines, maux d'oreilles. Jamais de maladies graves. A la suite de fatigues excessives en 1879, il a craché le sang : depuis, ne tousse plus et ne crache plus. Au mois de septembre dernier, abcès à la marge de l'anus, ouverture spontanée agrandie par un médecin : continue son travail ; l'abcès reparaît plusieurs fois.

État actuel. — Fistule remontant au-dessus du sphincter externe déterminant des douleurs, une sensation de brûlure une demi-heure après la défécation. La fistule s'ouvre à gauche à 3 centimètres de l'anus. Rien aux poumons. — Incision au thermo-cautère. Pansement au vin aromatique.

4 *juin.* — Un nouveau trajet fistuleux s'est formé à droite. Moins prononcé que le premier. — On l'incise au thermo-cautère. Pansement à l'alcool camphré. Mèche. Régime tonique.

19 *juillet.* — Il ne reste plus qu'une portion de la première incision non cicatrisée : douleurs assez vives. Sensation de brûlure augmentée. Le malade a d'ailleurs toujours souffert. Pansement iodoformé. — L'iodoforme a fait diminuer les douleurs.

6 *août.* — Part pour Vincennes avec une petite plaie.

Obs. DCCLIV. — *Fistule anale complète. Tuberculose pulmonaire au début. Incision. Guérison.* — Laval (Ernest), trente ans, horloger, entre le 4 mars 1881, au n° 74 de la salle Saint-Augustin. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle jusqu'à il y a trois mois. Bronchite, deux hémoptysies assez abondantes : sueurs nocturnes, pas de diarrhée : puis abcès à la marge de l'anus et au périnée : il reste une fistule au périnée, entre l'anus et la racine des bourses, à gauche du raphé, livrant passage à des gaz et laissant écouler une sérosité purulente. Un peu de matité au sommet droit; en arrière à ce niveau, expiration rude et prolongée, quelques craquements.

6 *mars.* — Anesthésie. La fistule est largement ouverte au thermocautère.

15. — Le malade quitte l'hôpital non complètement guéri, avec recommandation de mettre des mèches.

Nous l'avons revu le 20 avril; la fistule est cicatrisée et, sous l'influence d'un traitement tonique et de l'huile de foie de morue, les lésions pulmonaires semblent plutôt rétrograder qu'augmenter.

Obs. DCCLV. — *Fistule anale complète. Opération par le bistouri. Guérison.* — Thill (Suzanne), trente-trois ans, entre le 7 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Père et mère bien portants, ainsi que ses frères et sœurs. Quelques ganglions sous-maxillaires, et des gourmes dans l'enfance. Bien portante, ayant un certain embonpoint, cette femme ne tousse pas et n'a aucun signe de tuberculose. Elle dit souffrir, depuis sa dernière couche (il y a 7 ans), de douleurs assez vagues vers l'anus, et il y a trois ans, sans cause connue, il s'est fait au fondement un abcès qui s'est ouvert au bout de quelques jours. Depuis il a persisté une fistule qui se bouche de temps à autre : alors la région gonfle, devient douloureuse jusqu'à ce que le pus soit évacué. Dans l'intervalle il y a quelques démangeaisons et un peu de pus sort par l'orifice externe.

État actuel. — Orifice à 3 centimètres à droite de l'anus. Le stylet introduit arrive jusqu'à la muqueuse rectale, immédiatement au-dessus du sphincter ; l'orifice interne est difficile à trouver.

9 *mars.* — Opération. Une sonde cannelée est introduite dans le trajet : on la fait ressortir par l'anus. — Incision au bistouri. Mèche.

Les jours suivants, quelques cautérisations au nitrate d'argent.

25. — La plaie est cicatrisée presque complètement. La malade quitte l'hôpital : elle reviendra se faire panser, chaque matin.

Obs. DCCLVI. — *Fistule anale complète. Débridement du trajet avec le bistouri. Guérison.* — Boussel (Adrien), trente-neuf ans, marchand de meubles, entre le 13 juillet 1882, au n° 77 de la salle Saint-Augustin. Homme bien portant. Il y a cinq mois, dans une réunion publique il avait partagé son siège avec un ami, et pendant près de trois heures, il avait été assis sur le rebord de la chaise. Dix jours après, il ressentait au niveau de la marge de l'anus une cuisson fort pénible; bientôt ce fut une véritable douleur et ce malade, portant la main à la région, sentit une tumeur du volume d'une noisette, très dure et roulant sous le doigt. Les jours suivants la grosseur augmenta de volume et les douleurs devinrent plus fortes surtout quand il se présentait à la garde-robe : la tumeur s'ouvrit et donna issue à un pus très fétide. L'abcès est resté fistuleux et il s'écoule toujours un peu de pus.

État actuel. — Sur le bord de l'orifice anal est un orifice dans lequel on peut introduire un stylet. L'instrument s'avance en haut; la muqueuse est perforée à une hauteur de deux phalanges.

15 *juillet.* — On débride avec le bistouri sur une sonde cannelée : mèche enduite de vaseline phéniquée.

21 *août.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCCLVII. — *Fistule anale complète. Débridement avec le bistouri. Guérison.* — Gagneur (Auguste), cinquante et un ans, plombier, entre le 19 octobre 1882, n° 27, salle Sainte-Marthe. Aucune maladie vénérienne. Sans cause connue, il a vu se former, il y a deux mois, auprès de la marge de l'anus, un abcès qui l'a beaucoup fait souffrir. — Cataplasmes. — Ouverture spontanée : il est resté une fistule par laquelle s'écoule du pus. Le malade souffre peu, si ce n'est pendant la défécation ou quand il fait une trop longue course; jamais il n'a remarqué de pus dans ses garde-robes; ce qui l'obsède, c'est cet écoulement de pus qui le force à se garnir.

État actuel. — Sur la partie latérale droite de la marge de l'anus, à un centimètre et demi de l'orifice anal, on trouve un petit bourgeon charnu et à sa base l'orifice de la fistule, qui est complète.

20 *octobre.* — Débridement de la fistule, mèche de charpie.

27 *novembre.* — Guérison complète. Sortie.

Obs. DCCLVIII. — *Fistule anale complète. Incision. Guérison.* — Mazzola (Hippolyte), soixante-sept ans, marbrier, entre le 16 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 81. Le 15 décembre dernier, abcès dans la région anale, qu'on incise le 5 ou 6 janvier.

Actuellement. — On constate, à 2 centimètres et demi à gauche de la marge de l'anus, l'existence d'un orifice par lequel sortent à la pression deux ou trois gouttelettes de pus. Le malade n'a jamais rendu de matières fécales par cet orifice. La sonde cannelée, après des recherches assez longues, finit par s'engager dans un trajet qui

mesure à peu près 3 centimètres et demi à 4 centimètres de long, et pénètre dans le rectum.

Pas de rétrécissement du rectum, pas d'hémorrhoïdes, pas de constipation, pas de tuberculose pulmonaire.

19 *janvier*. — Opération au thermo-cautère avec anesthésie. La fistule est détruite ; la paroi interne d'un cul-de-sac situé en haut est incisée : les parois indurées de la fistule sont cautérisées fortement. Vomissements bilieux pendant toute la journée.

20. — Les vomissements continuent. Glace. Eau de Seltz.

21. — Bon état général.

23. — Embarras gastrique. Deux verres d'eau de Sedlitz.

24. — Bon état général.

1er *février*. — Faciès coloré. Le malade a l'air préoccupé. Ses réponses sont lentes. Vomissements bilieux et alimentaires.

2. — Les vomissements persistent. Glace. Eau de Seltz.

3. — Un peu de toux; vomissements ; coloration rouge de la joue gauche.

4. — Érysipèle facial. La plaie a bon aspect. Le malade passe à l'isolement.

Il est très longtemps avant de se remettre de son érysipèle. Il va à Vincennes le 8 avril.

Obs. DCCLIX. — *Fistule anale complète. Débridement. Guérison.* — Villon (Jules), quarante-trois ans, horloger, entre le 10 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 75. C'est un homme peu robuste, mais qui n'a jamais eu qu'une blennorrhagie à l'âge de vingt-trois ans.

Au mois de septembre dernier, il a eu au voisinage de l'anus un abcès qui s'est ouvert en dehors et dans le rectum. Depuis, il souffre beaucoup quand il va à la selle, il s'écoule continuellement par l'anus un liquide séro-purulent abondant qui l'oblige à se garnir de linge; la marche est très pénible.

État actuel. — Sur le bord droit de l'orifice anal et un peu en bas, on remarque un bourgeon charnu au centre duquel on voit une gouttelette de pus. On trouve facilement un pertuis dans lequel on introduit un stylet. Le trajet fistuleux est oblique de bas en haut et de dehors en dedans et communique avec le rectum comme on peut s'en convaincre par le toucher rectal. L'instrument sort en effet dans le rectum à la hauteur de 4 centimètres.

12 *septembre*. — On débride avec la fistule : mèches enduites de cérat.

3 *janvier*. — La plaie est très belle, elle présente de nombreux bourgeons charnus, que l'on cautérise. On supprime les mèches. Pansement avec compresses phéniquées.

15. — La plaie est presque entièrement cicatrisée.

18. — Le malade sort guéri.

Obs. DCCLX. — *Fistule anale complète. Opération.* — Lemâne (Jules-Adolphe), trente-quatre ans, employé, entre le 11 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Jamais de maladies graves. Constipation habituelle. Il y a deux mois, abcès à l'anus : durée quatre ou cinq jours ; fistule consécutive.

A l'entrée. — Fistule complète livrant passage à de la sérosité et à des gaz. L'orifice extérieur est situé à 2 centimètres en avant de l'anus, et on ne peut pénétrer avec la sonde cannelée jusqu'à l'orifice interne. Le trajet vient sous la peau jusqu'au voisinage de l'anus.

15 *mars.* — Incision au thermo-cautère de la partie perméable de la fistule. On peut alors pénétrer facilement jusque dans le rectum ; la seconde partie du trajet fait un angle droit avec la première, l'orifice interne est situé dans l'ampoule rectale. Cette seconde partie est aussi incisée au thermo-cautère et tout le trajet cautérisé.

Le malade quitte l'hôpital quatre jours après l'opération.

Obs. DCCLXI. — *Fistules anales complètes, incision au thermo-cautère.* — Lafon (Jean), quarante-six ans, cordonnier, entre le 21 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 81. Pas d'antécédents, bonne santé habituelle, pas de constipation. Hémorrhoïdes depuis vingt ans, donnant du sang environ tous les mois, sortant au dehors, peu volumineuses : il y a trois ans, bronchite et laryngite, jamais d'hémoptysies. Les hémorrhoïdes saignent plus souvent depuis deux ans et le linge est taché de pus. Le pus augmente depuis dix-huit mois. Enfin, il y a sept mois, adénite inguinale gauche suppurée de cause obscure. Selles faciles : le malade n'y a jamais remarqué de pus : depuis sept ou huit mois l'écoulement sanglant s'est târi, et il ne s'écoule que du pus par les orifices fistuleux. Pas de douleurs ; le malade n'entre à l'hôpital qu'à cause de l'écoulement purulent qui l'inquiète.

Actuellement. — Le doigt introduit dans le rectum sent une ouverture fistuleuse à gauche, à 3 centimètres environ de l'anus. Au pourtour de l'anus, au sommet d'élevures rouges, s'ouvrent quatre fistules, trois à gauche et une à droite ; une autre est ouverte au périnée, près de la racine des bourses, à droite de la ligne médiane. Un stylet introduit par son orifice arrive dans un clapier. Le rectum est de ce côté décollé sur une étendue d'environ 2 centimètres : pas de douleurs. Bains.

15 *mars.* — Anesthésie. Opération au thermo-cautère : les clapiers multiples et les fistulettes sont détruits complètement. Pansement phéniqué, mèche.

1er *avril.* — Il se lève un peu.

15. — Les plaies ne sont pas complètement fermées, mais il peut aller à Vincennes.

Obs. DCCLXII. — *Double fistule anale complète. Incision au thermo-cautère. Guérison.* — Wagner (Nicolas), vingt-neuf ans, fondeur, entre le 18 octobre 1880, salle Saint-Augustin, n° 78. Sujet robuste, sans antécédents pathologiques. Pas de constipation. Il y a trois ans, il a eu un abcès de la marge de l'anus qui s'est ouvert spontanément. Consécutivement, il s'est établi un trajet fistuleux par lequel s'écoule une notable quantité de pus. Un second abcès s'est formé, il y a sept mois, et a été incisé par un confrère de la ville. Ces fistules font souffrir le malade surtout pendant les grandes chaleurs ; il n'a suivi aucun traitement.

L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Le malade a maigri cependant, surtout depuis deux mois.

État actuel. — L'un des trajets fistuleux est situé sur la région périnéale antérieure à un demi-centimètre de sa partie médiane ; un stylet introduit par son orifice pénètre dans la direction du rectum et traverse la muqueuse. Ce canal fistuleux a une longueur de 5 centimètres. Le second trajet plus court que le précédent, et situé auprès de l'orifice anal, s'avance sur la muqueuse rectale et la soulève sans la perforer, comme on peut s'en convaincre par le toucher rectal. Cette fistule donne beaucoup moins de pus que la première.

30 *octobre.* — On incise avec le bistouri les trajets fistuleux. Mèche.

Pendant quinze jours, l'aspect de la plaie n'offre rien de particulier; on continue les mèches de charpie.

7 *novembre.* — L'état de la plaie reste stationnaire et n'a aucune tendance à la cicatrisation ; il s'écoule un pus visqueux, fétide.

28. — On fait une nouvelle opération consistant à inciser largement les trajets fistuleux au moyen du thermo-cautère. — Compresses d'eau fraîche.

29. — Le malade a beaucoup souffert. Pas de sommeil ; fièvre : T. 38°. — P. 102.

30. — Le malade se sent mieux, mais il a toujours de la fièvre et de l'insomnie. T. 38°,5. — P. 98.

2 *décembre.* — On supprime les compresses d'eau fraîche et l'on place entre les bords de l'incision une mèche de charpie imbibée d'alcool phéniqué. Pansement simple. — Le malade n'est pas allé à la garde-robe. On prescrit 30 grammes d'huile de ricin. La fièvre est tombée quelque peu. T. 38°. — P. 92.

5. — La plaie a un bon aspect. Même pansement.

Jusqu'au 16 janvier, la cicatrisation se fait lentement ; mais à partir de ce jour elle est plus rapide.

6 *février.* — Le malade demande sa sortie : il est en bonne voie de guérison.

Obs. DCCLXIII. — *Végétations au pourtour de l'anus et du gland. Destruction avec le thermo-cautère. Guérison.* — Goulard (Lucien),

trente et un ans, gantier, entre le 4 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 75. Il n'a jamais eu, dit-il, de chancre : une blennorrhagie seulement. Il y a huit mois, en allant à la garde-robe, il a ressenti des douleurs vives au pourtour de l'orifice anal. Il croyait à des hémorrhoïdes ; mais ces tumeurs un peu plus grosses que des lentilles ont grossi, se sont multipliées, et aujourd'hui occupent une grande partie du sillon interfessier. Presque en même temps, il en voyait pousser de semblables au pourtour du gland et sur la face interne du prépuce.

A son entrée. — Nous trouvons le sillon fessier envahi par un grand nombre de tumeurs du volume d'un haricot; plusieurs se sont pour ainsi dire accolées et peuvent être comparées à un champignon. Celles du pourtour de l'anus sont plus petites. La plus grosse est celle qui siège à la partie supérieure du pli fessier. Ces productions sont douloureuses quand le malade marche, a chaud ou va à la garde-robe. Elles ne sont pas ulcérées, mais sécrètent un liquide d'odeur très fétide.

Les végétations que l'on trouve sur le gland et sur le prépuce sont petites, isolées.

6 *septembre.* — Le malade étant endormi, on détruit les végétations avec le thermo-cautère. Pansement avec l'eau phéniquée.

Quelques jours après, on se propose de couper avec les ciseaux les productions qui siègent sur le gland, mais le malade s'y oppose. La cicatrisation est d'abord lente, mais enfin la guérison est complète au bout de vingt-trois jours.

28. — Le malade sort.

Obs. DCCLXIV. — *Végétations anales chez une femme atteinte de fibrome utérin. Excision des végétations.* — Madame Germaut, quarante-huit ans, ménagère, se présente, le 19 novembre 1881, à notre clinique. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Cette femme est atteinte depuis douze ans d'un fibrome utérin qui occasionne des métrorrhagies profuses. De plus elle rend du sang par l'anus et c'est pour ce dernier accident qu'elle est venue à l'hôpital.

État actuel. — La région anale est déformée par une tumeur du volume d'un œuf de poule, à grand axe antéro-postérieur, marquant l'orifice de l'anus, au pourtour duquel elle est insérée. Elle se compose de deux lobes inégaux : l'un, situé au bord droit de l'anus, est ovoïde ; l'autre, situé au bord gauche, est lamellaire. Chaque lobe est formé de végétations papilliformes très allongées, pédiculées, dont la plupart sont simplement juxtaposées et peuvent s'écarter les unes des autres comme les feuillets d'un livre, et dont les autres sont soudées entre elles dans une partie plus ou moins considérable de leur étendue. Leur surface présente l'aspect granuleux caractéristique du

chou-fleur. Elles sont très vasculaires et saignent facilement. Leur coloration est rouge foncé. La peau qui recouvre les régions ischio-anales est hérissée de végétations analogues à tous les degrés de développement et dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un haricot. Sensibilité à la pression. Rien du côté de la vulve ou du rectum. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques sains. A part le fibrome du corps de l'utérus qui offre le volume d'une tête de fœtus au sixième mois, rien d'anormal dans l'abdomen.

19 *novembre.* — Chloroforme. Nous excisons, avec des ciseaux, toutes les végétations, en commençant par les plus petites, afin qu'elles ne soient pas masquées par le sang. Les végétations les plus volumineuses donnent lieu à un écoulement sanguin assez abondant pour nécessiter l'application temporaire de six pinces hémostatiques. — Pansement phéniqué et ouaté compressif maintenu par un bandage.

Pas de réaction : retourne chez elle trois jours après l'opération.

Obs. DCCLXV. — *Papillome péri-anal. Ablation par la rugine.* (Observation publiée dans la thèse de Castillon, Paris, 1886.) — Clément (Constance), trente-huit ans, blanchisseuse, entre le 22 avril 1882, n° 55, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a dix-huit mois elle remarqua sur la fesse droite, à deux travers de doigt de l'anus, une tumeur d'aspect verruqueux, du diamètre d'un haricot, mobile et indolente. Cette production fit des progrès assez rapides pour décider la malade à voir un médecin qui l'opéra, il y a six mois. Les végétations se reproduisirent un mois après l'opération et s'étendirent rapidement dans tous les sens.

État actuel. — La fesse droite est déformée par une plaque papillomateuse, siégeant au niveau de l'ischion, à 5 centimètres de l'anus. Elle est assez régulièrement circulaire, mesure 4 centimètres de diamètre, offre 1 centimètre et demi d'épaisseur au centre, et se prolonge jusqu'au repli cutanéo-muqueux de l'anus par une traînée linéaire de végétations. La surface, rouge, érodée, saignante, est hérissée de saillies papillaires déformées et hypertrophiées, dépouillées de leur épithélium en plusieurs points. Ces végétations sont indépendantes les unes des autres, pédiculées et peuvent être écartées comme les feuillets d'un livre. Les unes sont coniques, d'autres renflées en massues, d'autres plus ou moins cylindriques. Quelques-unes reposent sur un pédicule commun. La tumeur tout entière est mobile avec la peau; celle-ci a sensiblement conservé sa consistance. Indolence. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

13 *mai.* — Chloroforme. Nous enlevons les végétations avec une

cuiller tranchante. Hémorrhagie en nappe. Bonne compression à l'aide d'une éponge.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs ; pas d'hémorrhagie. Pansements quotidiens avec des compresses de tarlatane imbibées d'eau phéniquée, compression ouatée. La malade se lève le douzième jour.

28. — Plaie insignifiante. Cautérisation au nitrate d'argent.

4 juin. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCLXVI. — *Vaste papillome de la région ano-fessière développé sur un tatouage. Ablation par le raclage.* (Observation publiée dans la thèse de Castillon, Paris, 1886.) Guinard (Jean), trente-cinq ans, journalier, entre le 25 janvier 1882, n° 3, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle.

Il y a dix ans il se fit faire sur différents points du corps et particulièrement dans la région anale des tatouages avec l'encre de Chine. Il y a quatre ans il commença à éprouver au pourtour de l'anus et au niveau des ischions des démangeaisons qui le portèrent à se gratter. Il enleva à plusieurs reprises l'épiderme, et la peau devint le siège d'un suintement séro-sanguin. Pas la suite, des croûtes épaisses, sèches, brunes, se formèrent dans la région, tombèrent et se reproduisirent. Malgré l'emploi de divers topiques, le mal fit des progrès incessants qui décident aujourd'hui le malade à venir à l'hôpital.

État actuel. — Les régions ischiatiques droite et gauche sont déformées par des tumeurs papilliformes, squameuses, blanchâtres par place, noirâtres, rouges, brunes en d'autres points. A droite, en un point qui répond à l'ischion, existe une première plaque, convexe en verre de montre, à contours ellipsoïdes, de 5 centimètres sur 3 de diamètre. A gauche la lésion est plus étendue, elle occupe tout l'espace compris entre le bord de l'anus et la partie moyenne du pli fessier correspondant. La tumeur papillaire offre une configuration très irrégulière, ses bords sont sinueux, la surface offre un diamètre qui varie de 2 à 5 centimètres.

La saillie que font ces plaques est variable : dans quelques points elle dépasse à peine le niveau de la peau; sur d'autres, elles ont plus d'un centimètre d'épaisseur. Ces productions sont constituées par des groupes de végétations papillaires, les unes simples, les autres bi ou trifurquées à leur sommet et réunies à leur base par un pédicule commun. La forme des papilles hypertrophiées est variable, cylindroïde, conique ou renflée en massue. Chaque végétation est granuleuse ou fendillée. Des croûtes grises et jaunâtres recouvrent les saillies et masquent les sillons intermédiaires. Ces excroissances se sont développées sur la surface tatouée qu'il est encore possible de reconnaître et dont une partie est restée intacte au pourtour des plaques

papilliformes. Prurit non douloureux. Gêne de la station assise. Les ganglions inguinaux sont indurés et hypertrophiés des deux côtés, mais plus particulièrement à droite.

4 *février* 1882. — Chloroforme. A l'aide d'une petite cuiller tranchante, nous faisons le raclage des végétations. Dans la plus grande étendue la lésion ne dépasse pas les couches superficielles du derme et les végétations s'enlèvent facilement; mais à gauche, au point où les papilles avaient atteint leur maximum d'hypertrophie, la peau est dégénérée dans toute son épaisseur. Nous avons soin de dépasser partout les limites du mal. Sur la surface saignante nous exerçons pendant deux heures une bonne compression avec de l'amadou.

Pas de réaction fébrile. Pas d'hémorrhagie. Cicatrisation rapide comme pour une plaie simple.

Au bout de huit jours presque toute la surface est cicatrisée, il ne reste plus qu'un point bourgeonnant de 2 centimètres de diamètre : cautérisations au nitrate d'argent. Exeat.

CHAPITRE IX

ORGANES GÉNITO-URINAIRES (SEXE MASCULIN).

Cent quarante observations ainsi réparties :

1°	Verge et ses enveloppes	18
2°	Reins, vessie, prostate	18
3°	Urèthre	42
4°	Cordon spermatique. Testicule et ses enveloppes	62

A. — VERGE ET SES ENVELOPPES.

Sur les trois opérations de phimosis nous avons eu une petite complication : un abcès sur le côté du frein (obs. DCCLXVII) sans conséquences fâcheuses du reste.

Six cas de paraphimosis. Dans l'un (obs. DCCLXXI) nous avons pu faire la réduction par simples pressions manuelles.

Chez deux autres (obs. DCCLXXI et DCCLXXV) nous avons employé, comme agent de réduction, la bande en caoutchouc, moyen que Maisonneuve a le premier préconisé. Nous avons été assez heureux pour obtenir un succès complet quoique l'un des malades eût son paraphimosis depuis huit jours : cette longue constriction n'avait, chose étonnante, pas amené de graves désordres. C'est, sans doute, de cas de ce genre que se sont inspirés les chirurgiens qui prétendent qu'il ne faut rien faire en présence d'un paraphimosis, conduite qui nous paraît un non-sens.

Chez les autres malades nous avons dû faire le débridement, et chez celui de l'observation DCCLXXIII nous avons cru plus prudent de remettre, à la chute des accidents inflammatoires, la régularisation des lambeaux dus au débridement. Le résultat final a été très satisfaisant. En somme

aucun accident grave comme nous en avons publié dans le chapitre III (obs. DCCXV *bis*).

L'observation DCCLXXVI est une curieuse complication d'un chancre du prépuce. Qu'il existe après lui des adhérences de quelques millimètres, c'est chose fréquente, mais que celles-ci occupent la largeur d'une pièce de vingt centimes, c'est inusité. La gêne qui en résultait dans l'accomplissement des fonctions sexuelles indiquait nettement une intervention. Elle était du reste assez simple : il s'agissait de refaire un sillon balano-préputial ; nous l'obtînmes aisément en deux séances ; la seconde compléta la première, et finalement le résultat fut très satisfaisant.

L'observation DCCLXXVIII se rapporte à un malade atteint d'épithélioma du gland et du prépuce qui nécessita l'amputation de la verge dans l'épaisseur des corps caverneux. Le mal avait débuté insidieusement par des végétations papilliformes que le médecin du malade crut d'abord pouvoir détruire avec les caustiques. Mais au bout de quatre mois et demi, la production d'un phimosis et la formation d'adhérences entre le gland et le fourreau préputial étant venues interrompre ce traitement, les végétations pullulèrent avec rapidité et déterminèrent l'ulcération et la perforation du prépuce. Les ganglions inguino-cruraux s'engorgèrent et quand le malade vint nous trouver le diagnostic épithélioma n'était plus douteux. Les autres maladies qui peuvent déterminer de pareils désordres sont, en effet, la balano-posthite suraiguë ou abcès péri-glandulaire, ou un chancre perforant du sillon préputial; or le médecin avait suivi assez attentivement le progrès du mal pour nous affirmer qu'il n'y avait rien de tel à invoquer. D'ailleurs, dès que nous eûmes incisé le prépuce, afin de le séparer du gland, l'ulcération épithéliale nous apparut avec tous ses caractères.

L'épithélioma de la verge n'est pas des plus fréquents, mais on a l'occasion de l'observer maintes fois dans le cours d'une pratique chirurgicale active. Son début est variable. Parfois on trouve dans le sillon préputial de petits épithéliomas sébacés qui sont faciles à méconnaître ou même qui

passent inaperçus à leur première période. Une secrétion préputiale plus abondante, une petite zone d'aspect inflammatoire, un prurit qui provoque des érections constituent pendant un certain temps les seuls phénomènes morbides, puis un jour les ganglions inguino-cruraux se prennent et ce phénomène attire l'attention sur une lésion qui paraissait insignifiante. Quelquefois même la marche de l'épithélioma sébacé préputial est tellement insidieuse que l'engorgement ganglionnaire est le premier phénomène qui nous frappe. On recherche la cause de la lésion des ganglions et l'on finit par découvrir l'épithélioma. Dans d'autres cas, comme chez notre malade, le mal débute par les papilles du gland (épithélioma papillaire), l'hypertrophie des papilles fait croire à de simples végétations et ce n'est qu'à une période plus avancée que le diagnostic s'éclaire. Pourtant il existe, dans ce cas, même au début des moyens de diagnostic : les végétations ne sont pas pédiculées, elles deviennent fongueuses et s'érodent de bonne heure. Ailleurs l'épithélioma prend naissance aux dépens des éléments de la muqueuse uréthrale et ne se révèle que par l'écoulement de quelques gouttes de pus par le méat, puis par une induration qui se propage rapidement au tissu spongieux. On a dit que l'épithélioma de la verge est moins dangereux que celui des autres régions, parce qu'il marche lentement et ne récidive pas facilement. Pour Ricord c'est un cancer bénin. A notre avis on ne saurait formuler une règle générale à ce sujet, nous avons vu des épithéliomas de la verge encore limités et opérés de bonne heure, récidiver rapidement et se propager vite, tandis que chez d'autres malades la verge est totalement rongée, les bourses, le pubis et les aines sont envahis, et l'opération est suivie de succès.

A côté de l'épithélioma on voit se développer dans la verge des sarcomes qui prennent naissance aux dépens des éléments fibreux de l'organe et qui ne sont pas moins redoutables quand le mal est limité à la partie antérieure de la verge, gland et prépuce, comme c'était le cas chez le malade actuel, il faut pratiquer l'amputation de cet organe. Dans le tome II

de notre *Traité du diagnostic des tumeurs du bassin*, nous avons énuméré et décrit les différents procédés usités : dans ce cas-ci nous avons employé le bistouri : des pinces hémostatiques placées sur l'artère dorsale de la verge et sur celles de la cloison nous ont permis de faire l'hémostase sans difficultés.

Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, quel que soit l'instrument employé, il importe d'empêcher l'urèthre de se rétrécir au niveau de la section : pour y parvenir il est bon de conserver un peu de muqueuse uréthrale, de la renverser en dehors et de la réunir à la peau par quelques points de suture à anses séparées, en ayant soin de faire de la filopressure au niveau des corps caverneux.

Les suites de l'opération ont été bénignes et, trois semaines après, le malade sortit guéri.

Dans l'observation DCCLXXX, le diagnostic était assez difficile à poser. Devait-on penser : 1° à un phimosis ? mais il n'y avait aucun phénomène d'étranglement et le massage permettait de ramener le prépuce sur le gland sans déterminer de douleurs ; 2° à une uréthrite compliquée de phlébite ? mais le malade affirmait ne s'être pas exposé à une blennorrhagie, il ne souffrait pas en urinant et l'écoulement était insignifiant : du reste un examen complet pratiqué chez sa femme avait montré que celle-ci était indemne; 3° à une lymphangite ? mais il n'y avait pas de cordons multiples, ni de plaques indurées, et pas autant d'œdème que dans les lymphangites ordinaires.

Restait l'hypothèse de la phlébite simple : elle avait pour elle le cordon induré et chaud du dos de la verge, l'aspect de l'œdème, l'écoulement indolent et peu intense déterminé par la gêne circulatoire, enfin des circonstances dans lesquelles l'accident s'était manifesté. En effet, le malade, qui était forgeron, avait eu ces temps derniers la région pubienne longtemps exposée à l'action d'un foyer intense.

Dans l'observation suivante (DCCLXXXI, lymphangite de la verge) nous trouvons précisément les caractères qui diffé-

rencient la lymphangite de la phlébite : ici œdème diffus, analogue à l'éléphantiasis, rapidité de la marche, plaques indurées; là cordon dur unique, et les autres signes que nous avons énumérés ci-dessus. Ce malade était si réellement typique que nous l'avons fait mouler : la pièce a été déposée dans notre collection du musée de Saint-Louis.

Ajoutons que chez cet homme nous n'avons pu trouver la cause de cette lymphangite.

L'observation DCCLXXXIII grossit le nombre des cas de gangrène de la verge par constriction à l'aide d'un lien ; ici la gangrène a frappé la moitié antérieure de la verge : de si graves dégâts n'ont pu se réparer rapidement, et ce n'est qu'au bout de deux mois que la cicatrisation a été complète : la miction était alors facile, mais ce méat artificiel aura sans doute de la tendance à se rétrécir : de plus les fonctions sexuelles paraissent singulièrement compromises.

Obs. DCCLXVII. — *Phimosis. Circoncision. Abcès du prépuce. Guérison.* — Fiénet (Émile), dix-sept ans, ébéniste, entre le 30 avril 1881, salle Saint-Augustin, n° 5. Le malade présente un phimosis congénital. Le 3 mai la circoncision est pratiquée (incision circonférencielle allant se terminer au frein et passant au niveau de la partie moyenne du prépuce). Suture.

15 *mai*. — La plaie, qui jusqu'à présent s'était bien comportée, commence à se tuméfier : les bords en sont rouges et gonflés.

20. — Un petit abcès, formé sur le côté droit du frein, s'est ouvert spontanément. Cataplasmes.

1er *juin*. — La guérison est maintenant complète. Le malade est envoyé à Vincennes le 4 juin.

Obs. DCCLXVIII. — *Phimosis congénital. Circoncision.* — Himbert (Eugène), dix-huit ans, pâtissier, entre le 25 janvier 1881, au n° 76 de la salle Saint-Augustin. Affecté d'un phimosis congénital, ce jeune homme est tourmenté par des balanites fréquentes et réclame instamment l'opération.

27 *janvier*. — Chloroformisation. Nous saisissons avec deux pinces latérales le prépuce au niveau de la jonction de la muqueuse avec la peau. Puis, le tout étant tiré fortement en avant, une troisième pince placée obliquement enserre toute la partie libre du prépuce, le frein excepté. Toute la portion ainsi délimitée par la troisième pince est excisée au bistouri : dix serres-fines.

Le soir et le lendemain une contracture réflexe du col vésical né-

cessite deux cathétérismes : à part cela, les suites furent des plus simples. On ôta les serres-fines le lendemain, et douze jours après, la guérison était faite.

Obs. DCCLXIX. — *Phimosis congénital. Excision. Guérison.* — Collin (Camille), dix-sept ans, garçon marchand de vin, entre le 25 mai 1881, au n° 11 *bis*, de la salle Sainte-Marthe. Il a remarqué qu'il a toujours eu le prépuce très long; mais ce n'est que dans ces derniers temps qu'il en a éprouvé un certain inconvénient : l'érection et surtout les rapprochements sexuels lui causent de véritables souffrances.

Nous trouvons en effet que le prépuce recouvre complètement le gland et déborde d'un centimètre et demi. Si on cherche à le faire glisser sur le gland en l'amenant vers la racine de la verge, on reconnaît que l'orifice préputial est très petit. Une sonde cannelée y pénètre à peine. Si on promène l'instrument autour du gland, on constate qu'il ne rencontre aucun obstacle. Circoncision : application de serres-fines.

15 *juin.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCCLXX. — *Phimosis congénital. Paraphimosis. Débridement. Guérison.* — Pitet (Louis), vingt ans, menuisier, entre le 7 mars 1881, au n° 1 de la salle Saint-Augustin. Ce jeune homme a l'orifice préputial très étroit et jamais il n'a pu découvrir le gland au delà du tiers supérieur. La veille, pendant un rapprochement sexuel, il a senti comme une corde qui lui serrait l'extrémité de la verge. Regardant aussitôt, il s'est aperçu que le gland était complètement découvert et, malgré des tractions prolongées, il ne put réussir à ramener l'extrémité du prépuce : douleurs intolérables.

Nous constatons que le prépuce est ramené en arrière de la couronne du gland et exerce sur la base de cet organe une constriction des plus grandes : le gland est violacé. — Après avoir enduit d'un corps gras le gland et le prépuce, nous saisissons la verge enveloppée d'une compresse, et de l'autre main nous comprimons le gland, mais, malgré tous nos efforts, il est impossible d'obtenir la réduction. Débridement alors et pansement avec du vin aromatique.

Il ne se produit rien de particulier, et au bout de dix-sept jours, le malade sort complètement guéri.

Obs. DCCLXXI. — *Paraphimosis. Réduction.* — Legeard (Auguste), vingt-deux ans, ébéniste, entre le 12 juillet 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Il a l'orifice préputial très étroit, mais néanmoins il peut découvrir le gland quand la verge est dans l'état de flaccidité. Hier soir, pendant un coït, il a senti que le prépuce venait de passer en arrière du gland. Ayant cherché à le ramener en avant, il n'a pu y réussir. Souffrant beaucoup, ils s'est livré à d'autres tentatives aussi infructueuses.

État actuel. — Gland tuméfié et rouge; la verge, elle aussi, est plus

volumineuse, mais la peau a conservé sa couleur normale : sentiment de constriction douloureuse. Petite ulcération au niveau de l'étranglement, probablement produite par les manœuvres auxquelles s'est livré le malade. Quand il urine, il souffre beaucoup et la projection de l'urine est moins grande. — On tente la réduction, sans anesthésier le malade. Saisissant la verge avec la main gauche, on essaye avec le pouce et l'index de la main droite de repousser le gland tout en attirant en avant la peau de la verge. Après plusieurs minutes, on réussit à faire la réduction. Compresses d'eau froide. Repos au lit.

17 *juillet*. — Sortie.

Obs. DCCLXXII. — *Paraphimosis de huit jours. Réduction par la compression élastique.* — Joseph Burdeaud, dix-neuf ans, mécanicien. Vient nous trouver à la consultation du 23 juin pour un paraphimosis déterminé pendant son premier coït et remontant à dimanche dernier, c'est-à-dire à six jours. Il y a un œdème considérable du prépuce et un commencement d'adhérences.

Un massage local et méthodique ne donne aucun résultat; alors nous pratiquons la constriction élastique du gland. Après cinq minutes, la réduction s'obtient très facilement. Grands bains.

Obs. DCCLXXIII. — *Paraphimosis. Débridement. Opération de restauration. Guérison.* — Forster (Eugène), vingt ans, serrurier, entre le 28 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 71. L'accident remonte à huit jours. Le malade, dont le gland demeurait toujours recouvert même pendant le coït, a acquis son paraphimosis au moment d'un rapprochement sexuel.

État actuel. — Aucun soin depuis. L'orifice préputial porté en arrière du gland est enflammé et adhère fortement à la région. La réduction tentée directement et avec la bande de caoutchouc est absolument impossible. Nous procédons donc à l'opération, qui est faite en deux temps.

Dans le premier (29 *mai*), incision médiane du prépuce. Cataplasmes, bains. Nous attendons que tous les accidents inflammatoires soient passés.

8 *juin*. — (Second temps.) Les deux oreilles de chien déterminées par les deux parties du prépuce sont incisées. Points de suture et serres-fines.

On ne peut obtenir une réunion immédiate. Mais la réunion secondaire donne des résultats très satisfaisants. Le malade, qui n'a plus de prépuce, sort guéri le 17 juin.

Obs. DCCLXXIV. — *Paraphimosis consécutif à un chancre. Débridement. Guérison.* — Mérillon (Jean), vingt-huit ans, cordonnier, entre le 31 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 11. Sujet très débilité, alcoolique; a eu, il y a trois semaines, un chancre siégeant à gauche du frein de la verge. Il dit qu'il n'a jamais pu découvrir complètement

le gland. Il n'a fait aucun traitement et n'a même pris aucun soin de propreté. Trois jours avant son entrée, éprouvant une vive douleur au bout de la verge, il a violemment attiré en bas le prépuce. Impossibilité de le ramener, tant la constriction est énergique et la douleur violente.

Actuellement. — Signes classiques du paraphimosis ; accidents secondaires de syphilis. — Lotions à l'eau de guimauve pendant deux jours. Débridement. Traitement spécifique.

Le malade sort guéri de son opération le 24 janvier 1880.

Obs. DCCLXXV. — *Blennorrhagie. Paraphimosis. Réduction par la bande en caoutchouc.* — Espeil (Victor), vingt et un ans, plombier, vient nous consulter le 16 *juillet* pour des accidents de paraphimosis.

Le prépuce de ce malade est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Il a pris une blennorrhagie il y a dix jours, sous l'influence de laquelle un phimosis s'est immédiatement déclaré. Inquiet de cet accident, le malade a réussi, il y a quatre jours, à ramener son prépuce en arrière du gland. Mais de ce moment sont apparus les accidents du paraphimosis très douloureux : cette lésion s'accentue de plus en plus sous l'influence de la tuméfaction considérable de la verge. Les simples pressions, le massage du gland ne peuvent en déterminer la réduction. Mais le prépuce est facilement ramené à sa position normale après cinq minutes de pression élastique du gland par une bande en caoutchouc.

Grands bains. Traitement de la blennorrhagie.

Obs. DCCLXXVI. — *Symphyse du gland et du prépuce.* — Reich (Alexandre), vingt-quatre ans, mouleur en cuivre, 7 juin 1881 (externe). Ce malade a eu un chancre syphilitique au mois de décembre 1879; son prépuce un peu long, sans exagération cependant, est demeuré sur le gland pendant toute la durée de l'accident. Le chancre disparu, le phimosis également a cessé de persister ; mais à ce moment le malade a vu qu'il ne pouvait plus ramener le prépuce en arrière que d'une façon très imparfaite.

État actuel. — A gauche de la ligne médiane, en effet, sur un espace de la dimension d'une pièce de 20 centimes, le gland et la muqueuse préputiale adhèrent l'un à l'autre de la façon la plus solide : blanchâtre, encore nettement induré, cet espace est constitué par du tissu cicatriciel, résistant, en partie insensible aux piqûres et qui entrave considérablement la fonction de l'organe. Les érections, douloureuses, sont de plus imparfaites en ce sens que le gland est rejeté en arrière et un peu à gauche. Le coït, fort pénible par les tiraillements qu'il détermine, est également très difficile à effectuer ; aussi le malade demande-t-il une opération. Nous la faisons de la façon suivante : une incision profonde est menée au niveau de la couronne du gland qu'elle continue dans le tissu de ci-

catrice. Celui-ci dur, criant sous le bistouri, ne donne pas de sang à une profondeur de 6 ou 8 millimètres : alors seulement, nous arrivons sur le tissu propre de la région. Les bords de l'incision sont écartés, le fond de la plaie est cautérisé au nitrate d'argent et pansé avec de la charpie imbibée de vin aromatique. Le gland s'est redressé par le seul fait de ce dégagement.

Le malade revient nous voir deux jours après cette première opération : l'érection est maintenant normale, et si elle détermine quelques cuissons au niveau de la plaie, elle n'est pas plus douloureuse qu'avant le premier dégagement. Comme nous devons compter avec la rétraction de la plaie, nous pratiquons deux autres petits débridements en arrière du premier. Comme celui-ci, ils augmentent la surface du prépuce maintenant normal et rendent à la verge toutes ses fonctions. Pansement au vin aromatique : charpie interposée entre les lèvres de la plaie. Traitement spécifique. — Le malade n'a pas été revu.

Obs. DCCLXXVII. — *Chancres mous du frein. Bubon chancreux.* — Berg (Jean-Pierre), vingt-six ans, apprêteur, entre le 21 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Chancres mous vers le frein, indolents, de quinze jours antérieurs au bubon. Début de celui-ci il y a trois semaines.

A l'entrée. — Chancres guéris excepté une petite ulcération sur le frein, bubon fluctuant, dans l'aine gauche. — Incision le 22 mars. Cataplasmes. — Sort le 29 mars.

Obs. DCCLXXVIII. — *Épithélioma du gland et du prépuce. Amputation de la verge.* — Hinosse (Henri), cinquante-six ans, vernisseur, entre le 21 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a six mois, il remarqua, dans le sillon préputial du côté droit et sur la partie correspondante du gland, de petites végétations qui se développèrent rapidement malgré l'emploi répété des caustiques. Il y a un mois et demi, le prépuce se tuméfia au point de ne pouvoir plus être renversé en arrière, et par suite de ce phimosis, on ne put continuer le traitement. Les végétations suivirent alors une marche envahissante ; à leur niveau le prépuce enflammé, distendu, devint le siège d'une perforation spontanée par laquelle se fit continuellement un écoulement ichoreux et purulent.

État actuel. — L'extrémité libre de la verge est déformée comme dans la balano-posthite. Le prépuce est tuméfié, œdématié, d'une coloration rouge-violacé ; mais en outre il existe sur le côté droit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, à surface convexe, lisse et unie, au centre de laquelle les tissus qui composent le prépuce sont ulcérés et perforés. Par cette perforation font hernie au dehors des végétations papilliformes, érodées et saignantes. Du pus et un ichor

fétide s'écoulent continuellement par cette ulcération, ainsi que par le méat. Au toucher, la tumeur est dure, solide, de consistance lardacée; tandis que le prépuce qui recouvre les parties voisines est le siège d'un œdème qui empêche d'apprécier les caractères du gland. Toutefois il est facile de constater que celui-ci adhère en plusieurs points au fourreau préputial, en essayant de passer un stylet dans leur interstice. Au delà du gland la verge paraît saine, les corps caverneux et le canal de l'urèthre ont conservé leur configuration et leur consistance habituelle. Douleurs sourdes, continues, lancinantes au niveau du gland. Sensation de cuisson et de brûlure quand l'urine passe dans la portion terminale de l'urèthre. Les ganglions inguino-cruraux du côté droit sont hypertrophiés et indurés. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général encore satisfaisant.

29 *avril.* — Chloroforme. Nous faisons sur la sonde cannelée une incision dorsale du prépuce que nous essayons de renverser à droite et à gauche afin de découvrir le gland et de compléter le diagnostic d'épithélioma, mais comme il adhère à cet organe, nous sommes obligés de détruire les adhérences avec le bistouri. Nous constatons alors que le gland et le prépuce sont en partie détruits par une ulcération excavée par places, végétante en d'autres points et offrant tous les caractères de l'épithélioma. Nous nous décidons alors à faire l'amputation de la verge dans l'épaisseur du corps caverneux au delà des limites du mal. Pour cela, pendant qu'un aide comprime la verge circulairement, nous faisons avec le bistouri une section perpendiculaire à l'axe de l'organe et comprenant successivement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les corps caverneux, l'urèthre et le tissu spongieux. Ceci fait, nous appliquons des pinces hémostatiques sur l'artère dorsale de la verge et sur celles des corps caverneux, puis, quand l'hémostasie est assurée, nous nous occupons de suturer la muqueuse de l'urèthre à la peau de la verge, de façon à former un méat artificiel et d'empêcher l'oblitération du canal à l'aide de fils métalliques fins, nous suturons d'abord le plancher de l'urèthre avec les téguments correspondants. Puis nous rabattons la peau de la face dorsale au devant de la section des corps caverneux et nous la suturons avec les bords supérieurs et latéraux de la muqueuse uréthrale. Huit fils ont été employés à cet effet, la plupart exercent une compression hémostatique (filo-pressure). Afin d'empêcher tout écoulement sanguin, nous appliquons sur la verge, en arrière du champ de l'opération, quatre pinces hémostatiques disposées en croix qui seront laissées en place pendant une heure.

1er *mai.* — Pas de fièvre. On enlève les fils. Réunion par première intention.

8. — Se lève tous les jours.

15. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCLXXIX. — *Abcès sous-cutané de la face inférieure de la verge, survenu sans cause appréciable. Incision. Guérison.* — Marchand (François), vingt-sept ans, gardien de la paix, entre le 11 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Vers la fin de juillet, ce malade, qui jusque-là avait toujours été d'une très bonne santé et n'avait pas eu d'accidents vénériens, remarqua que la face inférieure de la verge se tuméfiait et devenait un peu douloureuse. La tuméfaction augmenta peu à peu. Pendant quelques jours la douleur fut peu vive, puis, vers le 8 ou le 9 août, elle devint atroce, intolérable. Des cataplasmes largement arrosés de laudanum ne parvinrent pas à la calmer. La grosseur avait atteint le volume d'une noix.

État actuel. — La tuméfaction est bien limitée; chaude, rouge, très douloureuse à la pression, elle est très tendue, mais toutefois fluctuation très nette. L'exploration du canal est absolument négative : il souffre beaucoup en urinant, mais cette douleur n'est survenue que depuis la formation de son abcès, et elle en est la conséquence : pas de rétention d'urine, pas d'affection prostatique, pas de rétrécissement de l'urèthre.

12 *août.* — L'abcès est incisé dans le sens de l'axe de la verge : il s'en écoule une grande quantité de pus : le soulagement est immédiat. — Cataplasmes arrosés d'huile phéniquée au quarantième.

13. — Très bonne nuit. Le malade se lève. — Cataplasmes phéniqués.

15. — Pansement au vin aromatique.

18. — La plaie est complètement détergée.

26. — Le malade sort, guéri.

Obs. DCCLXXX. — *Phlébite dorsale de la verge. Sangsues, bains. Guérison.* — Lejeune (Alfred), trente ans, 22 juillet 1881 (externe). Est malade depuis quatre jours seulement.

Etat actuel. — Léger écoulement uréthral : indolence absolue à la miction. Œdème considérable de toute la moitié antérieure du fourreau de la verge. Le prépuce est particulièrement atteint par ce travail pathologique. Aussi paraît-il saillant et volumineux comme dans le paraphimosis. Cordon dur et très douloureux sur la partie dorsale de la verge s'étendant de sa portion moyenne au pubis sous lequel il se perd. — On rase le pubis : trois sangsues sont appliquées à la racine de la verge et à sa partie supérieure. Cataplasmes. Grands bains.

Le malade s'améliore vite : après dix jours il se déclare guéri et cesse toute médication : la verge est à peu près normale. Nous constatons pourtant que les veines superficielles sont très évidemment dilatées.

Obs. DCCLXXXI. — *Lymphangite dorsale de la verge. Abcès. Incision. Guérison.* (Pièce moulée et déposée dans notre collection du musée Saint-Louis.) — Debain (Alfred), vingt-quatre ans,

bijoutier, entre le 23 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 1. Au moment de son entrée à l'hôpital le malade se présente avec l'aspect suivant : une plaque d'induration diffuse, blanchâtre, ayant beaucoup d'analogie avec l'éléphantiasis des pays chauds, occupe le dos de la verge depuis sa partie moyenne jusqu'à la symphyse pubienne, perdue par conséquent dans la région des poils, où elle se termine.

Cette plaque, peu douloureuse, n'est pas dure à la pression.

Elle s'est développée en trois jours sans que nous en puissions expliquer aucunement la cause : pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas d'excès vénériens. Les poils sont rasés et l'inspection la plus minutieuse ne permet de découvrir rien qui ressemble en quelque façon à un chancre mou ou induré. — Bains. Cataplasmes.

25 *juin*. — La tumeur est un peu rouge, chaude et douloureuse : enfin sur deux points éloignés de 3 centimètres on trouve une partie qui paraît devoir se ramollir et donner naissance à un abcès.

27. — Les deux petits abcès du volume d'une noisette sont maintenant bien formés. Incision. — Issue d'un pus louable. Cataplasmes.

1er *juillet*. — Le malade va bien. La lymphangite est presque complètement disparue. Bains émollients tous les jours.

4. — La guérison est entièrement effectuée. Sortie.

Obs. DCCLXXXII. — *Chancre phagédénique de la verge. Pansement à l'iodoforme. Guérison.* — Cuysat (Laurent), vingt-cinq ans, employé, entre le 2 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 15. Le malade, d'une excellente santé ordinairement et d'une forte constitution, contracta à la fin de l'année dernière un chancre mou qui eut pour siège les parties latérales du frein de la verge, qui bientôt fut détruit. Suppuration abondante; survinrent alors deux bubons dans le pli de l'aine droite. On les ouvrit : le pus coula dans le sillon génito-crural. Bientôt apparurent deux chancres dont un occupait le scrotum et l'autre la cuisse. En même temps, il s'était formé de petits chancres tout autour du prépuce, ce qui amena une balano-posthite très intense avec œdème et phlegmon. Une incision fut faite le 24 janvier, afin de dégorger le pénis, et après avoir suivi un traitement plus ou moins régulier, le malade entre dans le service.

État actuel. — Le gonflement de la verge est considérable. Tout le prépuce est le siège d'une ulcération qui se prolonge dans le sillon balano-préputial ainsi que sur la partie inférieure du gland. Le frein de la verge a complètement disparu, et un pus sanieux s'écoule de ce chancre à tendance phagédénique. Deux ulcérations chancreuses d'une étendue de 4 centimètres occupent le sillon inguino-crural, et ne sont séparées que par un intervalle de 6 centimètres de peau saine. L'état général du malade est aussi bon que possible. — Pansement au vin aromatique.

10 *février*. — L'état local est bien amélioré : les ulcérations se sont

détergées, et le bourgeonnement s'est étendu à toute la surface malade. — Pansement à la poudre d'iodoforme.

Sous son influence, la cicatrisation fait des progrès étonnants de jour en jour : les ulcérations du sillon inguino-crural sont bientôt cicatrisées, et l'ulcération chancreuse de la verge en pleine voie de guérison. Le pénis a repris sa consistance normale. Exeat.

Obs. DCCLXXXIII. — *Gangrène de la verge par lien constricteur. Guérison.* — Leroy (Louis), dix-sept ans, garçon épicier, entre le 28 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. On ne relève aucun antécédent héréditaire. Le malade raconte qu'il y a quatre jours, une femme lui serra avec une petite ficelle le milieu du pénis afin d'empêcher l'issue du sperme : bientôt il commença à souffrir, n'urinant que goutte par goutte : voyant que le bout de la verge gonflait et *noircissait*, il vint nous consulter.

État actuel. — Moitié antérieure de la verge gonflée, noirâtre, insensible à la piqûre. Entre la partie sphacélée et la partie saine de la verge, existe un sillon profond, circulaire, que recouvre en partie le bourrelet formé par le gonflement œdémateux de l'extrémité gangrenée. Saillie de la région hypogastrique par la vessie remplie d'urine. État général faible, fièvre, frissons. — Deux incisions sur la partie sphacélée qui permettent de découvrir la petite ficelle que l'on sectionne. Cathétérisme de la vessie. Bain de siège. Pansement phéniqué.

Pansement renouvelé tous les jours : douleurs, fièvre et frissons disparaissent. Bientôt le gland, le prépuce, s'éliminent dans presque toute leur étendue, il ne reste plus qu'un moignon à l'extrémité duquel se voit le méat urinaire. Pas de fistule pénienne. — Malade sort guéri le 25 décembre 1881.

B. — Reins. Vessie. Prostate.

L'observation DCCXCII, *calcul vésical*, montre quelle est notre façon de procéder dans les cas de calcul vésical avec cystite intense amenant une véritable intolérance de la vessie : nous commençons par établir un traitement émollient afin de déterminer la sédation des phénomènes aigus, puis nous pratiquons la taille ou la lithotritie. Dans le cas actuel c'était la taille qui nous paraissait indiquée, mais ce malade jugea à propos de sortir au bout de quelques jours et nous apprîmes qu'il était mort, le soir même d'une lithotritie pratiquée à domicile.

Le malade de l'observation DCCXCIII a présenté un phénomène anormal : une lithiase vésicale phosphatique quoiqu'il n'eût que vingt-trois ans; cette variété de lithiase est en effet l'apanage de la vieillesse. La lithotritie a été aisée chez lui; c'était à prévoir, car du moment qu'il rendait fréquemment des calculs par l'urèthre, cela prouvait qu'ils étaient multiples et, partant, peu volumineux; de plus, on pouvait juger en les examinant que c'étaient des calculs phosphatiques, c'est-à-dire peu résistants.

Obs. DCCLXXXIV. — *Cystite du col. Pilules de térébenthine, eau de goudron, grands bains tous les jours. Guérison.* — Carlé (Pierre), quarante-huit ans, frappeur de métaux, entre le 24 septembre 1881, au n° 14 de la salle Sainte-Marthe. Homme bien portant jusqu'au mois de février dernier. Il dit n'avoir eu qu'une blennorrhagie qui a été traitée par des injections au tannin et guérie en dix jours. Il y a six mois, il a commencé à avoir de la difficulté à uriner. Mais depuis quinze jours, il a sans cesse besoin d'uriner, souffre beaucoup en le faisant, et éprouve des douleurs fréquentes dans le bas-ventre et dans la région lombaire. Pendant la miction, douleurs vives au niveau du col de la vessie. Il n'a jamais eu de rétention d'urine ni d'hématurie; mais les urines laissent un dépôt très épais et blanchâtre au fond du vase. — Grand bain tous les jours. Pilules de térébenthine. Eau de goudron.

8 *octobre*. — Le malade se trouve beaucoup mieux; il dort et mange comme autrefois. Même traitement.

19. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCLXXXV. — *Cystite du col. Traitement par les balsamiques. Amélioration.* — Trécourt (Claude), cinquante ans, charpentier, entre le 13 octobre 1881, au n° 6 *bis* de la salle Saint-Augustin. N'a jamais eu de maladies graves. Trois blennorrhagies, la dernière à l'âge de trente-sept ans, il avoue des habitudes alcooliques. Depuis plusieurs semaines, il éprouve dans la région hypogastrique, et s'irradiant dans les fosses iliaques et lombaires, des douleurs sourdes et ressent de fréquents besoins d'uriner. Il a quelque peu perdu l'appétit et digère mal. Depuis huit jours, les douleurs ont augmenté et elles s'irradient maintenant dans la région périnéale. Il éprouve aussi des picotements fort pénibles dans le gland. Depuis dix jours, les envies d'uriner sont devenues aussi plus fréquentes et la miction est pénible.

Etat actuel. — En palpant la région hypogastrique, on provoque des douleurs très accusées. A l'examen des urines, nous constatons qu'à leur sortie elles sont limpides, mais une demi-heure après elles

se troublent et forment un nuage épais qui occupe les deux tiers du verre à expérience. Par le toucher rectal, on reconnaît que la prostate est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. Le cathétérisme ne révèle pas de rétrécissement ni de calcul. — Grand bain tous les deux jours. Eau de goudron à l'intérieur. Chaque jour deux pilules de térébenthine.

Peu à peu les douleurs diminuent d'acuité, les urines deviennent plus claires; les besoins d'uriner se renouvellent moins souvent.

17 *novembre*. — Le malade, se trouvant dans un état satisfaisant, demande sa sortie.

Obs. DCCLXXXVI. — *Cystite. Traitement par les balsamiques. Guérison.* — Fillette (Louis), soixante-deux ans, journalier, 15 mai 1881 (externe). Blennorrhagie et accidents syphilitiques dans sa jeunesse. Bonne santé habituelle. Il y a huit jours, à la suite d'un décubitus de plusieurs heures sur l'herbe humide, il est pris de phénomènes de cystite qui ont persisté depuis : besoins fréquents d'uriner, douleurs pendant la miction, surtout à la fin : sensation de pesanteur au périnée. Le malade ne veut pas qu'on pratique le cathétérisme. — Bains émollients. Eau de goudron, capsules de térébenthine.

22. — Sous l'influence du traitement les symptômes aigus ont disparu, et la guérison est presque complète : le cathétérisme explorateur ne dénote rien. — Même médication pendant quelques jours encore.

Obs. DCCLXXXVII. — *Cystite chronique suppurée. Infiltration d'urine Mort. Autopsie.* — Vaurand (Jules), quarante et un ans, journalier, entre le 21 mai 1884, salle Sainte-Marthe, n° 13. Il y a une quinzaine d'années, le malade a contracté une blennorrhagie qui dura plusieurs mois et qui disparut peu à peu, en laissant après elle une gonorrhée dont le malade se ressentit pendant plusieurs années. Depuis quatre à cinq ans, de la difficulté à uriner est survenue, si bien que le malade est obligé de se sonder.

État actuel. — Vessie dilatée : la pression au niveau de l'hypogastre est douloureuse. On ne trouve aucune trace de rétrécissement de l'urèthre. Les urines sont fétides, alcalines, purulentes et très foncées. Le malade est cachectique; extrêmement amaigri. Il répand autour de lui une odeur urineuse infecte. Il se plaint surtout d'une douleur en arrière des bourses et à gauche : à ce niveau, en effet, on constate de la rougeur et de l'empâtement : pas de fluctuation. — Injections vésicales avec de l'acide borique au trentième.

Malgré cela, l'état du malade empire; la langue se sèche, les urines deviennent plus noires et plus fétides. La rougeur en arrière des bourses augmente d'étendue, de la fluctuation s'y produit.

25 *mai*. — Incision par laquelle sortent des gaz fétides et un peu de liquide sanieux. — L'état devient de plus en plus grave : mort le 30 mai dans le coma.

Autopsie. — Absence de rétrécissement du *canal de l'urèthre.* — *Vessie* dilatée, siège d'une inflammation intense. Les parois sont très épaisses; elles sont noirâtres, ramollies, présentent au niveau du trigone une ecchymose de la largeur d'une pièce de cinq francs. En plusieurs points la muqueuse est érodée et a disparu. En avant du bas-fond de la vessie et à gauche existe un point où les tuniques sont encore plus ramollies qu'ailleurs, et où elles paraissent sphacélées. — Au niveau de cette partie de la vessie, le tissu conjonctif voisin est mortifié, et la gangrène s'étend de là jusqu'aux téguments de la fosse ischio-rectale gauche, où l'incision a été faite. Pas de perforation du canal de l'urèthre. Plusieurs veines vésicales sont obstruées par des caillots sanguins. — Les *reins* sont volumineux, congestionnés, et offrent l'aspect des reins atteints de néphrite parenchymateuse à la première période. — Rien dans les autres organes.

Obs. DCCLXXXVIII. — *Cystite purulente. Mort. Autopsie.* — Peny (Jules), soixante ans, comptable, entre le 15 avril, salle Saint-Augustin, n° 3. Jamais de maladies graves antérieures, jamais de blennorrhagies. Néanmoins il prétend avoir été soigné pour un rétrécissement (?) il y a douze ans; on l'aurait cautérisé alors avec le nitrate d'argent; au reste les renseignements sont très difficiles à obtenir chez ce malade. Les réponses sont lentes, embarrassées, contradictoires : il rassemble difficilement ses idées, ses yeux sont brillants et larmoyants, son teint jaune et même un peu terreux. Depuis un mois il a des envies plus fréquentes d'uriner, ne peut garder ses urines, ou du moins en perd continuellement, urine difficilement, sans douleurs. Depuis quinze jours, la perte de l'appétit et des forces l'ont obligé à s'aliter.

Actuellement. — Aspect cachectique, langue sèche, affaiblissement considérable; urine continuellement goutte à goutte. Au toucher rectal on trouve la prostate peu augmentée de volume. — Cathétérisme avec la sonde en argent très facile, pas de rétrécissement : issue de 620 grammes d'urine purulente et ammoniacale. Trois injections froides avec de l'eau phéniquée au centième. Bain. Le malade mange peu : lait. Eau de Vichy.

Les jours suivants même traitement.

Dans le courant du mois de mai il recommence à manger un peu et se lève : mais cette amélioration n'est que passagère : en juin l'affaiblissement fait de nouveaux progrès, bien qu'on continue scrupuleusement les lavages, les bains et les toniques. Peu à peu le malade tombe dans le marasme et meurt le 20 juillet.

Autopsie. — *Cerveau* un peu diffluent, mais la chaleur intense peut être incriminée. — Rien aux *poumons* que de la congestion hypostatique. — *Cœur :* gros, sans altérations valvulaires. — *Reins :*

diminués de volume, le bassinet et les calices sont dilatés, leur muqueuse est enflammée, la substance corticale est un peu scléreuse. — *Uretère :* muqueuse ardoisée légèrement. — *Vessie :* peu dilatée, parois épaisses d'un centimètre, et de plus creusées de petits abcès remplis d'un pus épais, qui apparaît sur la muqueuse par de petits orifices. Ils sont nombreux; entre eux, les tuniques sont fort épaissies et enflammées et il est difficile de voir ce qui revient à chacune d'elles. Cependant ces abcès paraissent être sous-muqueux. La muqueuse est soulevée par des colonnes nombreuses, sa couleur est rouge brunâtre, parcourue par des arborisations. Les lésions sont surtout marquées vers le bas-fond et la face supérieure. Le col est moins malade. — *Prostate :* presque normale, on ne peut lui imputer tous ces désordres. — *Urèthre :* sain, sans rétrécissement ni trace de rétrécissement.

Obs. DCCLXXXIX. — *Rétention d'urine subite sans cause connue. Parésie vésicale. Traitement par la dilatation et par la strychnine.* — Marquant (Jules), soixante et un ans, journalier, entre le 29 septembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 8. Homme d'une bonne constitution, n'a jamais fait de maladie. Il y a deux jours seulement le malade urinait encore convenablement, brusquement il a été saisi d'une *rétention d'urine.*

A son entrée. — Une sonde de moyen calibre parcourt toute la portion pénienne sans se trouver arrêtée ; au niveau de la portion musculeuse la sonde est arrêtée quelques secondes, et nous pénétrons finalement dans la vessie : issue d'une grande quantité d'urine. Soulagement. Bain.

30 *septembre.* — Même arrêt provoqué par le passage de la sonde, qui franchit toujours, finalement, l'obstacle physiologique. L'état général est aussi bon que possible : pas de douleur, et ses fonctions sont normales. — Bains sulfureux. A chaque repas 6 à 7 gouttes de teinture de noix vomique.

Au bout d'une huitaine de jours la vessie a repris une certaine force de contraction ; le malade urine seul plusieurs fois dans la journée, pas assez cependant pour nous dispenser chaque matin de vider sa vessie par le cathétérisme. Même traitement général et de plus journellement une séance de dilatateurs Béniqué.

Pendant huit jours nous poursuivons ce traitement; le troisième jour le malade urine d'une façon très satisfaisante. L'état général du malade se maintient bon.

26 *octobre.* — Les dernières semaines le malade a eu un peu d'orchite uréthrale sans doute par le cathétérisme : le repos et les cataplasmes en ont rapidement eu raison. — Guérison complète. Exeat.

Obs. DCCXC. — *Cystite consécutive à une paraplégie.* — Chevalier (Albert), vingt-six ans, garçon de salle, entre le 23 janvier 1882, salle

Saint-Augustin, n° 3. Il y a un an, syphilis. En juillet dernier, après un excès de coït : paraplégie, rétention d'urine. Il entre à la Charité au mois d'août : on diagnostique une myélite aiguë : la paraplégie était complète, l'insensibilité des deux jambes absolue.

Croyant à une origine syphilitique de la maladie, on ordonna : frictions avec l'onguent napolitain, iodure de potassium, électricité.

Le malade sortit le 24 décembre à peu près guéri. Peu de jours après son départ de la Charité, de nouveau la rétention d'urine se manifesta.

Actuellement. — Il urine goutte à goutte, avec peine; la miction est un peu douloureuse : les urines laissent déposer une petite quantité de pus. Chaque nuit le malade se lève de 8 à 10 fois. La pression de la région hypogastrique est douloureuse. Le toucher rectal permet de constater l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales : toutefois le col de la vessie est un peu sensible. Quant à la paraplégie, elle est en bonne voie d'amélioration; le malade peut marcher sans trop de difficultés. La sensibilité est absolument revenue aux deux jambes.

Le malade est renvoyé dans un service de médecine.

Obs. DCCXCI. — *Cystite probablement tuberculeuse.* — Petit (Albert), trente et un ans, menuisier, entre le 27 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 81. Étant jeune, ce malade avait souvent mal aux yeux : pâleur, aspect lymphatique. Dans le courant de février dernier, sans cause appréciable, hématuries fréquentes qui ont continué jusqu'à aujourd'hui : ténesme vésical, un peu de douleur dans la vessie et au bas-ventre; plus tard douleur dans le canal irradiant jusque dans la région anale.

13 *avril.* — Depuis que le malade est à l'hôpital, du pus s'est montré dans les urines, douleurs vives au cathétérisme. — Injection d'acide borique aux deux-centièmes, un bain tous les jours, cataplasmes en permanence sur la région hypogastrique; un lavement simple le matin, un lavement laudanisé le soir.

20. — Pas d'amélioration. Exeat du malade sur sa demande.

Obs. DCCXCII. — *Calcul vésical.* — Lochbaum, quatre-vingt-deux ans, tisserand, entre le 8 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 71. Pas d'hérédité. Pas de blennorrhagie antérieure. Il entre pour une légère hématurie. Au moment des mictions, qui sont fréquentes et se répètent jusqu'à deux ou trois fois par heure, une douleur assez intense est ressentie à la partie inférieure de l'abdomen, au périnée et surtout au bout de la verge, accompagnée d'émission de sang, et particulièrement forte lors de la sortie des dernières gouttes de liquide. Sensation habituelle de pesanteur au périnée. Douleur dans la fosse naviculaire. Le malade ne mange plus. Sa langue est blanchâtre : le sommeil est pénible; enfin sa famille affirme qu'il a considérablement maigri depuis un certain temps.

Pas de blennorrhagie antérieure. Pas de cancer dans la famille.

Etat actuel. — Le toucher rectal ne nous montre rien d'anormal dans la prostate. Cathétérisme explorateur. Peu douloureuse, l'introduction de l'instrument ne laisse aucun doute sur le diagnostic : nous arrivons en effet immédiatement sur un calcul facile à reconnaître à la sensation qu'il détermine et au son produit par le contact de la sonde. Pratiquant le toucher rectal, nous cherchons, par des mouvements doux, s'il n'existe pas un autre calcul. Mais le malade est pris d'une véritable lipothymie et l'exploration ne peut être portée plus loin. Devant cette sensibilité spéciale de la vessie, devant l'état du sujet affaibli par les hématuries, et trop âgé pour supporter actuellement une opération, nous remettons à plus tard le moment de l'intervention chirurgicale. — Grands bains. Eau de goudron et balsamiques.

Quatre jours après ces prescriptions, l'amendement est considérable : les douleurs ont diminué, l'hématurie est moins intense ; enfin la cystite paraît sensiblement moins vive.

12 *juillet.* — Fièvre dans la nuit. Langue blanche, perte complète de l'appétit. — Purgatif salin. Quassia amara.

15. — L'appétit ne revient pas et spontanément le malade demande sa sortie. Nous le laissons partir en recommandant à la famille de continuer la médication de symptômes que nous avons commencée. La taille sera pratiquée plus tard s'il y a lieu.

Nous avons appris qu'il était mort, le soir d'une lithotritie faite à domicile.

Obs. DCCXCIII. — *Calculs vésicaux composés de phosphates friables. Expulsion spontanée de plusieurs calculs pendant la miction. Lithotritie des calculs vésicaux.* — Arroult (Louis), vingt-trois ans, sabotier, entre le 24 juillet 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a quatre semaines, rétention d'urine qui dura vingt-quatre heures, et ne se produisit plus. Depuis ce moment le malade rend à chaque miction de petits calculs mous, friables, grisâtres, d'aspect crayeux, à contours arrondis ; non effervescents sous l'action de l'acide sulfurique. L'expulsion des premiers calculs fut très douloureuse ; depuis, la muqueuse uréthrale est devenue tolérante.

État actuel. — Après avoir injecté de l'eau tiède dans la vessie, nous pratiquons le cathétérisme et nous constatons dans le bas-fond la présence de plusieurs calculs assez volumineux pour ne pouvoir être expulsés spontanément.

29 *juillet.* — Injection d'eau tiède, introduction du lithoclaste de Mathieu. Nous saisissons entre les mors de cet instrument tous les calculs que nous rencontrons et nous les broyons avec la plus grande facilité. L'opération terminée nous introduisons dans la ves-

sie une sonde n° 20, et nous voyons s'écouler en même temps que les liquides de l'injection une grande quantité de poussière blanchâtre résultant du broiement des calculs.

Les jours suivants, lavages quotidiens de la vessie qui entraînent beaucoup de graviers. Pas d'accidents consécutifs.

12 *août*. — Les urines sortent claires depuis quatre jours. Exeat.

Obs. DCCXCIV. — *Hématurie symptomatique d'un fongus de la vessie. Injection au nitrate d'argent. Guérison.* — Benoît, vingt-six ans, maçon, entre le 22 septembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 81. Homme d'une bonne constitution, n'a jamais eu de sérieuse maladie, et ne présente aucune trace de manifestation diathésique. A l'âge de seize ans, orchite droite, attribuée à des efforts. Trois blennorrhagies consécutives, dit-il, à son orchite, la dernière toute récente. Elle était presque guérie, quand son urine commença à devenir trouble et jaunâtre. Les mictions étaient très fréquentes, douloureuses et accompagnées de pus, de flocons et de fausses membranes (?). Les quelques jours qui suivirent, le malade *pissa presque continuellement du sang pur*, dit-il : aucun traitement.

État actuel. — La sonde passe fort bien, pas de calcul. — Lavage à l'eau fraîche dans la vessie.

Le lendemain, potion d'ergotine à l'intérieur. Tous les deux jours, une injection dans la vessie d'une solution de nitrate d'argent au dixième. Au bout de trois jours, le malade vit une amélioration sensible. Il ne pissait presque plus de sang, et la fréquence des mictions était bien diminuée. Au bout de huit jours, le malade ne perdait plus de sang, et se trouva tout à fait bien de son traitement. La potion d'ergotine fut suspendue, et remplacée par une potion avec 4 grammes de bromure de potassium. Les injections de nitrate d'argent furent continuées encore pendant une huitaine.

Depuis lors à peine quelques petits picotements au bout de la verge : cessation de l'hématurie. — Traitement tonique. Bains sulfureux. Continuation du bromure de potassium.

25 *septembre*. — Guérison. Exeat.

Obs. DCCXCV. — *Cancer de la vessie (?). Hématurie. Rétention d'urine. Ponction de la vessie deux fois. Mort.* — Chevalier (Eutrope), soixante-deux ans, artiste, entre le 17 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. Pas d'antécédents héréditaires. Toujours bonne santé dans sa jeunesse. Jamais d'affection cutanée. Pas de syphilis. Blennorrhagie à seize ans. Trouble de la miction depuis environ quinze ans : diminution du jet de plus en plus grande, miction goutte par goutte. A quarante-neuf ans, première hématurie à la suite d'excès de table. Il y a treize jours, nouvelle hématurie, pissement de sang pur, dit le malade, accompagné de vives douleurs dans la région lombaire. Un médecin appelé sonda le malade, il ne sortit que du sang

et pas d'urine. Depuis le début de l'hématurie, cinq cathétérismes de la vessie, et chaque fois la sonde ne donnait issue qu'à du sang. Cathétérisme toujours excessivement douloureux. Depuis quatre jours le ventre est ballonné, et le malade s'affaiblit de plus en plus.

État actuel. — Ballonnement très prononcé du ventre. Vessie distendue, remontant jusqu'à l'ombilic et matité à son niveau. L'urine sort goutte à goutte par la verge, et la pression sur la région hypogastrique augmente la sortie de l'urine. — Cathétérisme avec sonde métallique ordinaire, avec sonde en caoutchouc ou sonde à double courbure sans résultat, il ne sort que du sang. Par le toucher rectal, on trouve la prostate régulièrement volumineuse, et l'on provoque de la douleur en pressant sur le bas-fond de la vessie. État général faible, fièvre, frisson, teint subictérique. Gêne de la respiration. Vives douleurs abdominales. — Ponction de la vessie avec l'appareil Potain : issue de deux litres d'urine sanguinolente. Le malade est soulagé. Depuis huit jours pas de garde-robe. Huile de ricin 30 grammes, garde-robe abondante, mais état général toujours grave, fièvre : T. 39°,5. Nausées, hoquet.

18 *novembre.* — Miction dans un bain qu'on donne au malade. Dans l'après-midi, nouvelle ponction de la vessie par laquelle on retire 3 litres d'urine sanguinolente. Mais la fièvre se maintient, un peu de délire : mort le soir, à sept heures. — L'autopsie a été refusée par la famille.

Obs. DCCXCVI. — *Hypertrophie de la prostate. Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Amélioration.* — Mariotte (Louis), soixante ans, ferblantier, entre le 14 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Sujet habituellement bien portant, pas d'antécédents syphilitiques; trois blennorrhagies, la dernière à l'âge de trente-deux ans : excès alcooliques et vénériens. Depuis un certain temps, il éprouve de la difficulté à uriner, mais jusqu'au mois dernier le jet était normal. Actuellement, il est très mince, intermittent et, parfois, il ne peut pisser que goutte à goutte, après des efforts considérables. Sensation de brûlure le long du canal pendant la miction et cette sensation persiste longtemps après au niveau du méat. Il n'a jamais pissé de sang. En même temps, il éprouve des douleurs dans la région des reins, douleurs qu'il compare à des coliques; il en ressent également dans le bas-ventre. L'état général est satisfaisant, cependant, depuis trois semaines, a maigri sensiblement. Il mange comme d'habitude, mais son sommeil est fréquemment interrompu par le besoin d'uriner. — Une sonde du calibre n° 10 pénètre facilement, mais à 11 centimètres du méat, elle rencontre un obstacle qu'il lui est impossible de franchir. On retire l'instrument et il s'échappe quelques gouttes de sang. Une sonde n° 9 franchit le rétrécissement, mais elle est fortement serrée. Par le toucher rectal, on

s'aperçoit que la prostate est hypertrophiée, bosselée et déjetée un peu à gauche.

Le lendemain, cathétérisme avec la sonde n° 9. Grand bain tous les deux jours.

Le quatrième jour, une bougie du n° 11 est introduite, mais non sans tâtonnements : elle est laissée quelques heures en place.

La miction s'opère difficilement, le jet est toujours filiforme et tombe à peine à quelques centimètres des pieds du malade.

La dilatation est continuée progressivement : et le 9 mai, le passage d'une sonde n° 18 s'obtient facilement. Exéat.

Obs. DCCXCVII. — *Hypertrophie de la prostate. Cystite. Traitement par les balsamiques et les bains. Guérison.* — Litier (Victor), cinquante-neuf ans, concierge, entre le 3 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 73. Pas de maladies graves; quelques bronchites guéries promptement. Alcoolisme très marqué. Depuis quelque temps, huit mois au moins, il éprouve des douleurs dans la région hypogastrique et une certaine difficulté pour uriner. Depuis six semaines, la miction ne se fait que goutte à goutte. Rien de particulier dans les urines, jamais de sang.

A son entrée. — Rétention d'urine. On trouve au-dessus du pubis une tumeur arrondie : douleurs dans la région hypogastrique et s'irradiant jusque dans les lombes. On sonde le malade, le cathétérisme est assez facile. mais douloureux et l'on retire près d'un litre de liquide un peu rougeâtre. La tumeur hypogastrique a disparu.

Par le toucher rectal, on reconnaît que la prostate est volumineuse et bosselée. Le malade a maigri depuis un mois et son sommeil est continuellement troublé par le besoin d'uriner. Bains. Pilules de térébenthine.

Huit jours après, les douleurs ont disparu ; la miction s'opère plus facilement; les urines sont plus claires. Même traitement.

3 *mars.* — Le malade pisse bien, mais il éprouve toujours une sensation de brûlure le long du canal. Le traitement est continué.

11. — Le malade, se trouvant bien, demande sa sortie.

Obs. DCCXCVIII. — *Hypertrophie de la prostate.* — Thévenaut (Antoine), soixante-huit ans, scieur, entre le 7 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Bonne santé habituelle. Pas de blennorrhagie. Difficulté d'uriner depuis plusieurs années. Le 6 avril, sans cause appréciable, impossibilité absolue d'uriner. Signes classiques de l'hypertrophie de la prostate.

A son entrée. — Un peu de cuisson dans le canal à la fin de la miction; pas de sensation de pesanteur vers le fondement; pas de douleur dans le bas-ventre. Cathétérisme avec une sonde molle et un mandrin.

8 *avril.* — Cathétérisme avec une sonde à béquille qu'on laisse

vingt-quatre heures à demeure. On peut ensuite passer des sondes volumineuses à béquille. Les urines sont un peu troubles, et vers la fin de la miction elles sont mêlées d'un peu de pus. Injections d'acide borique.

20. — L'état des urines s'est amélioré; besoins d'uriner beaucoup moins fréquents.

1er *mai.* — Le malade, qui a appris à se sonder, sort dans un état satisfaisant.

Obs. DCCXCIX. — *Hypertrophie de la prostate.* — Gaugé (Sébastien), cinquante-neuf ans, menuisier, entre le 20 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 8. Homme bien portant, mais très alcoolique. Il n'accuse qu'une pneumonie à l'âge de trente ans et deux chaudepisses, la première à dix-neuf ans, la seconde à vingt-six.

Depuis plusieurs semaines, sans causes connues, il éprouve de fréquents besoins d'uriner, surtout pendant la dernière moitié de la nuit. Le jet d'urine est projeté moins loin qu'auparavant, douleur vive au moment de la miction tout le long du canal, mais surtout au niveau du col de la vessie. Il y a trois jours, rétention d'urine, puis il a recommencé à pisser comme d'ordinaire. Quelques douleurs vagues dans les lombes et dans les aines.

A son entrée. — On pratique le cathétérisme, avec une sonde n° 10. On ne rencontre d'obstacle qu'au niveau de la région prostatique que la sonde ne peut franchir. Avec une sonde d'un calibre inférieur, on pénètre dans la vessie. Le doigt introduit dans le rectum constate une hypertrophie des lobes latéraux de la prostate. — On pratique le cathétérisme quotidiennement et l'on prescrit au malade de garder la sonde une partie de la journée. Bains tous les deux jours. — Amélioration, et le 27 juin : sortie.

Obs. DCCCI. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Cathétérisme. Amélioration.* — Pasquet (Prosper), soixante et un ans, employé aux pompes funèbres, entre le 24 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Sujet alcoolique, plusieurs blennorrhagies, la dernière il y a vingt ans. En 1873, il a eu un rétrécissement traité par la dilatation et en 1875 deux abcès urineux, qui ont laissé des fistules aujourd'hui cicatrisées.

Depuis un certain temps, il éprouve de la difficulté à uriner; le jet est petit, filiforme, parfois il lui arrive de ne pouvoir pisser que goutte à goutte. Hier, dans la soirée, il a été pris d'un besoin impérieux d'uriner qu'il lui a été impossible de satisfaire.

A son entrée. — On constate une dilatation de la vessie. La pression sur cette région est douloureuse. On essaye le cathétérisme avec une sonde métallique; mais l'instrument est arrêté au niveau de la région prostatique et l'on ne peut aller au delà. Au toucher rectal, on reconnait que la prostate est volumineuse, saillante dans

le rectum. Une sonde de caoutchouc vulcanisé du n° 10 ne peut passer non plus. Bain. Le malade urine quelques gouttes dans le bain. Nouvelle tentative de cathétérisme avec la même sonde n° 10, en caoutchouc vulcanisé : cette fois l'obstacle est franchi.

Le lendemain, on passe une sonde n° 11, qu'on laisse à demeure pendant quarante minutes.

30 *janvier.* — Passage d'une sonde n° 12.

7 *février.* — On peut introduire une sonde n° 13.

12. — Le malade sort dans un état satisfaisant. Il continuera à faire usage de sondes.

Obs. DCCCI. — *Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Dilatation. Amélioration.* — Texier (Eugène), soixante-six ans, monteur en bronze, entre le 27 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 6. Il y a trente ans, il a eu une blennorrhagie qui a duré huit mois. Deux ans après, rétrécissement qui a été traité par la dilatation. Depuis il n'a jamais rien éprouvé de ce côté. Il y a quatre jours, pendant la nuit, après avoir fait la veille des excès de table et de femmes, il fut éveillé par un pressant besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire. Dès que parut le jour, il fit appeler un médecin qui le sonda et ne put arriver dans la vessie. Le cathétérisme fut très douloureux, et quand le médecin retira la sonde, il s'écoula du sang par l'urèthre.

A son entrée. — Vessie très dilatée et formant une tumeur remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. — On passe une sonde de moyen calibre qui ne pénètre pas dans la vessie et est arrêtée à 5 centimètres. Avec une sonde plus petite on tombe dans une fausse route qu'on arrive à franchir, puis à 2 centimètres plus loin, on trouve un nouvel arrêt. Après de longues tentatives, on finit par passer outre et la sonde, arrivée à la portion prostatique, est de nouveau arrêtée. On franchit cependant ce rétrécissement et on vide la vessie. Il s'écoule 1,300 grammes de liquide mélangé de paillettes de cholestérine et de sang. Le toucher rectal permet de constater que la vessie est énorme et indurée. On laisse la sonde pendant une heure. Le soir on éprouve les mêmes difficultés à sonder le malade. On prescrit des bains pour le lendemain et les jours suivants.

28 *décembre.* — La sonde passe plus facilement. Le malade ne peut encore uriner seul.

29. — Dans la nuit, le malade a pissé quelques gouttes.

30. — On augmente d'un numéro le calibre de la sonde, et on la laisse deux heures en place.

1er *janvier.* — Le malade urine seul, mais goutte à goutte. La même sonde est passée.

2. — On passe encore une sonde d'un numéro plus fort.

4. — Le malade a obtenu la veille et dans la nuit un jet filiforme d'urine. — On ne peut passer une sonde d'un numéro plus élevé.
5. — Sonde n° 11.
8. — Le malade urine assez facilement.
9. — On peut introduire une sonde n° 12; et le 12, exeat du malade sur sa demande.

C. — Urèthre.

L'existence de services spéciaux fait que nous traitons peu de blennorrhagiques; nous n'avons, en effet, qu'une observation : elle n'est curieuse que par les spasmes uréthraux et les hémorrhoïdes concomitantes.

L'observation DCCCIII n'est, ce nous semble, qu'une cowpérite non suppurée; il est assez rare que la phlegmasie s'arrête à ce degré.

Comme toujours, nous avons de nombreuses observations de rétrécissements de l'urèthre. Il nous a semblé intéressant de rechercher combien de temps après la première blennorrhagie est apparu le rétrécissement, sans nous dissimuler toutefois que cette statistique est très approximative.

Sur 26 cas de rétrécissement d'origine blennorrhagique, la sténose paraît avoir débuté :

1 an	après	la première blennorrhagie, chez	....	1
1 an 1/2	—	—	....	1
2 ans	—	—	....	1
5 —	—	—	....	1
6 —	—	—	....	1
10 —	—	—	....	3
11 —	—	—	....	1
14 —	—	—	....	1
15 —	—	—	....	1
16 —	—	—	....	2
18 —	—	—	....	1
19 —	—	—	....	1
20 —	—	—	....	1
23 —	—	—	....	1
24 —	—	—	....	3
26 —	—	—	....	1
28 —	—	—	....	2

30	ans après la	première	blennorrhagie, chez	....	1
38	—	—	—	....	1
40	—	—	—	....	1

Quelques considérations ressortent de ce tableau. Le malade chez lequel le rétrécissement est le plus vite apparu (un an après la seule et unique blennorrhagie) avait trente-cinq ans, et celui qui l'a vu apparaître au bout de dix-huit mois avait vingt ans, par conséquent il semblerait que l'âge ne jouerait pas un rôle considérable à ce point de vue.

Du reste l'époque d'apparition est essentiellement variable; il est admis que c'est surtout dans les huit ou dix années qui suivent la blennorrhagie : or, sur ces 26 cas, il n'y en a que 5 dans les dix premières années. Toutefois, ce que l'on peut affirmer, c'est que la sténose peut être très tardive, car chez l'un d'eux elle est apparue au bout de vingt-quatre ans et chez un autre au bout de vingt-six ans; inutile d'ajouter que ces deux malades n'avaient eu qu'une blennorrhagie : c'est une condition indispensable pour faire preuve.

Nous avons employé la dilatation progressive par les sondes en gomme et les Beniqué. Nous n'avons à déplorer qu'un cas malheureux (obs. DCCCXXXIX). Une seule fois il nous a fallu recourir à l'uréthrotomie interne, le résultat en a été satisfaisant.

L'observation DCCCXXIX est à mentionner en passant à cause de sa rareté; il s'agit d'un cas de rétrécissement par déchirure de la muqueuse uréthrale dans le coït : généralement ce sont les corps caverneux qui se rompent, ici ç'a été le canal uréthral. Au reste, ce rétrécissement a cédé rapidement à la dilatation progressive.

L'observation DCCCXLI (*infiltration d'urine*) est intéressante à plus d'un point de vue. C'est d'abord l'étonnante longueur de la période pendant laquelle le malade a « pissé dans son tissu cellulaire », suivant l'expression consacrée; en effet, c'est le 19 février que nettement a commencé l'infiltration, par une sensation de soulagement après un effort de miction, alors qu'il n'était pas sorti une goutte d'urine par le méat; elle s'est faite progressivement, augmentant à

chaque *miction fictive* et le malade mourut le 3 mars. Les premiers jours l'état général se maintenait bien meilleur qu'on ne l'eût pu croire.

L'autopsie révéla, entre autres choses, une infiltration d'urine dans toute la longueur de la face interne des deux cuisses, lésions latentes ou peu s'en faut pendant la vie.

Chez ce malade nous avions pratiqué, quelque temps avant, une uréthrotomie externe qui avait été particulièrement laborieuse, si bien que nous avions dû faire une opération qu'on a rarement l'occasion de pratiquer, le cathétérisme rétrograde; le succès immédiat a justifié cette mesure qui au premier abord peut sembler téméraire, mais que, cependant, dans des cas analogues à ceux-ci, il faut savoir exécuter sans hésitation.

L'observation DCCCXLII est intéressante en ce qu'elle montre une fois de plus les dangers des contusions périnéales et les complications qui peuvent en résulter. La portion périnéale de l'urèthre immobilisée par les plans aponévrotiques qu'elle traverse ne peut se soustraire au traumatisme en glissant ou en se déplaçant. La contusion retentit donc directement sur ce canal et en produit souvent la déchirure ou l'inflammation; en règle générale, ces phénomènes évoluent rapidement et le rétrécissement, l'infiltration d'urine sont des phénomènes précoces. Notre malade offre cette particularité, que ce n'est qu'au bout d'une année que s'est développé l'abcès urineux. Il nous semble logique d'interpréter le mécanisme des accidents dans ce cas particulier, de la façon suivante : la contusion a déterminé une inflammation chronique ayant abouti à un rétrécissement progressif du canal. A mesure que se produisait le rétrécissement, une poche se développait au delà, servant de réservoir à une certaine quantité d'urine. Le contact de ce liquide irritant avec des tissus déjà enflammés en a provoqué l'ulcération et l'abcès urineux en a été la conséquence.

Lorsque cette complication se présente, il ne faut pas hésiter à faire une large incision, afin d'éviter de plus grands délabrements. Mais, en même temps, il faut songer à con-

server la perméabilité de l'urèthre et à favoriser la cicatrisation de la plaie chirurgicale en introduisant une sonde à demeure dans la vessie. Il est regrettable que cette précaution n'ait pas été prise chez notre malade. Nous en voyons les tristes conséquences; l'urine, en s'écoulant par l'orifice périnéal, a déterminé la formation d'une fistule à parois organisées, pendant que la portion spongieuse de l'urèthre, devenue inutile, s'est peu à peu rétrécie jusqu'à complète oblitération. Le seul traitement applicable en pareil cas est l'uréthrotomie externe et la destruction des parois de la fistule, telle que nous l'avons pratiquée. A la suite de cette opération, il est plus que jamais indiqué de laisser une sonde à demeure dans la vessie, afin que l'urine ne vienne pas baigner la plaie et détruire les bons résultats que l'on peut attendre de la suture et pour qu'il se forme autour un canal nouveau suffisamment large, cette sonde doit être ouverte par les deux bouts pour permettre plus facilement l'introduction d'un conducteur.

L'observation DCCCXLIII (infiltration d'urine) montre quelle est notre conduite en pareil cas, au point de vue si controversé de la sonde à demeure, après uréthrotomie externe, point qui a été encore le sujet d'une longue discussion à la Société de chirurgie, en 1885, dans laquelle Lucas-Championnière, Guyon et la majorité des membres de la Société furent pour la sonde à demeure immédiate, tandis que Gillette et Horteloup préféraient ne la mettre que du huitième au douzième jour; comme on peut le voir par le cas actuel, nous partageons l'avis de la majorité des membres de la Société de chirurgie.

Obs. DCCCII. — *Blennorrhagie. Congestion prostatique et hémorrhoïdes. Spasmes du col de la vessie. Traitement émollient. Guérison.* — Gérard (Pierre), trente-trois ans, tourneur sur bois. Ce malade vient nous consulter le 18 avril pour des spasmes qu'il éprouve au moment de la miction et de la défécation. Ces deux actes sont, dit-il, très douloureux et ne s'effectuent qu'avec la plus grande difficulté. Nous le faisons uriner devant nous : le jet s'arrête à certains moments d'une manière subite et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il arrive à vider sa vessie. Il est atteint depuis dix jours d'une blennor-

rhagie, sa première a été traitée par un pharmacien, par des injections très fortes et de l'opiat à hautes doses. Dès le second jour, l'écoulement a diminué, mais des hémorrhoïdes sont apparues, en même temps que la gêne fonctionnelle dont il souffre aujourd'hui. De plus, il présente une tuméfaction douloureuse du périnée. Le toucher rectal dénote une prostate grosse et très sensible. L'introduction du doigt est de plus fort pénible. Grands cataplasmes chauds sur la région. Bains prolongés. Boissons émollientes. Repos au lit.

Huit jours après tout trouble fonctionnel a disparu : l'écoulement est blanchâtre. Nous attendrons encore huit jours avant d'instituer le traitement suppressif.

5 *mai.* — L'opiat est administré à doses massives. Guérison rapide.

Obs. DCCCIII. — *Inflammation péri-bulbaire de l'urèthre.* — Ficher (Guillaume), quarante-six ans, journalier, entre le 8 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 1. A contracté la blennorrhagie pour la première fois vers la fin de décembre dernier. Vers le 15 février il constata, en arrière des bourses, l'existence d'une tuméfaction qui devint bientôt douloureuse au point d'arrêter le malade dans son travail et d'empêcher le sommeil.

Etat actuel. — La tuméfaction siège autour du bulbe de l'urèthre : elle forme un relief dont le volume égale celui d'une noix. La peau est tendue à son niveau ; sans changement de coloration. Rénitente, sans sensation nette de fluctuation. Elle adhère intimement au canal; la pression en est très douloureuse. L'écoulement blennorrhagique existe toujours, mais la miction n'est pas douloureuse. — Repos au lit. Cataplasmes en permanence. Bain tous les jours.

12 *mars.* — Amélioration notable; la tuméfaction est beaucoup moins douloureuse. Même traitement.

20. — La grosseur a diminué notablement de volume : elle n'est plus douloureuse; l'écoulement persiste. Exeat du malade sur sa demande.

Obs. DCCCIV. — *Uréthrite et prostatite probablement tuberculeuses. Phénomènes aigus. Amélioration.* — Moreau (Auguste), trente et un ans, galvaniseur, entre le 15 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 79. En 1870, blennorrhagie qui dure environ un an. Orchite consécutive à droite. Il se marie ensuite et a trois enfants. Depuis trois ou quatre ans, il urine difficilement, à petit jet et avec une sensation de brûlure à la verge. Il y a six semaines, aggravation des symptômes, écoulement d'une matière blanchâtre par le canal. Depuis deux jours, il a été pris de fièvre, de frissons le soir, de douleurs de reins, de courbature, de céphalalgie. La rétention d'urine est presque absolue; cependant, le jour de son *entrée*, on lui donne un grand bain et il peut uriner, mais avec de grandes douleurs.

En pressant le canal, on fait sourdre une goutte de muco-pus épais, légèrement granuleux, jaunâtre. Une bougie exploratrice introduite

avec ménagement dans l'urèthre s'arrête à 12 centimètres. A ce niveau, douleur très intense qui ne permet pas de pousser plus loin l'exploration. On constate par le toucher rectal une hypertrophie de la prostate surtout dans sa partie droite. Cet organe est dur, douloureux et présente trois bosselures du volume d'un petit pois. Cette induration douloureuse et cet aspect bosselé se continuent en haut sur le col de la vésicule correspondante. Urines ammoniacales; pas d'albumine, jamais d'hématurie. Du 14 au 17, il y a un frisson à peu près chaque jour.

Le 17 dans l'après-midi, grand frisson. T. S. 40°,2. P. 120.

Le 19, 2 frissons. T. M. 37°,8. T. S. 40°,8. P. 130.

A l'auscultation : respiration rude des deux côtés aux sommets, mais surtout à droite. Râles de bronchite dans toute la hauteur.

20. — Depuis trois jours, le malade prend 75 centigrammes de sulfate de quinine, aujourd'hui il a encore un léger frisson.

21. — Sulfate de quinine 1 gramme, pas de frisson.

23. — T. 39°,2.

26. — Les symptômes généraux s'améliorent, bien que chaque soir la température atteigne 38°,4, 38°,8. En pressant sur l'urèthre, on fait sortir un liquide grumeleux. Toujours un peu de douleurs en urinant, bien que la miction soit beaucoup plus facile. La prostate a conservé les caractères notés au début de l'observation. Pas de pus rendu dans les garde-robes.

27 *mai.* — Le malade quitte l'hôpital. Nous lui prescrivons un régime tonique, de grands bains : ordre de revenir si de nouveaux accidents surviennent. Il n'a pas été revu.

Obs. DCCCV. — *Rétrécissement du canal de l'urèthre. Dilatation. Guérison.* — Lespingal (Charles), trente-trois ans, journalier, entre le 27 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 70. Première blennorrhagie, il y a douze ans, elle dura quinze jours. Deuxième blennorrhagie il y a sept ans, elle dura un mois, ne laissa pas de goutte militaire après elle et fut traitée par des injections. Depuis deux ans le malade a de la difficulté à uriner, et depuis huit jours il urine constamment goutte à goutte.

Etat actuel. — L'emploi des explorateurs nous permet de constater deux rétrécissements : un à 8 centimètres du méat, un autre à 12 centimètres : le deuxième est plus serré que le premier.

2 *mars.* — Nous passons une bougie n° 3 : le malade la garde depuis dix heures du matin jusqu'à cinq heures du soir.

3. — Il a beaucoup mieux uriné après avoir retiré la bougie, qu'il ne l'avait fait depuis longtemps. Passage du n° 4.

4. — Passage du n° 5.

5. — Repos. Bains.

6. — Impossible de passer une bougie à travers le rétrécissement

postérieur : une bougie volumineuse est laissée en contact avec ce rétrécissement. Bains. — Dilatation progressive et le 17 le malade se passe lui-même le n° 12. Exeat.

Obs. DCCCVI. — *Rétrécissement de l'urèthre. Uréthrotomie interne. Dilatation. Guérison.* — Viot (Joseph), trente-sept ans, terrassier, entre le 7 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. Blennorrhagie il y a onze ans, traitée par le cubèbe et les injections de vin sucré ; elle dura cinq ou six semaines. Trois ou quatre mois avant son entrée à l'hôpital il a éprouvé de la difficulté à uriner, il restait quelquefois sept ou huit heures sans pouvoir uriner. De plus il souffrait pendant les mictions, surtout à leur début, comme s'il avait une nouvelle blennorrhagie ; mais avant cette époque et depuis longtemps déjà il avait remarqué que par moments le jet d'urine était tombant ou divisé en deux ou trois jets. En septembre 1880 il urinait très lentement, goutte à goutte d'abord, puis à jet divisé ; de plus il était forcé d'uriner très fréquemment, quelquefois toutes les cinq minutes. Il est entré à l'hôpital au mois d'octobre 1880 ; son urèthre, n'admettant d'abord qu'une bougie filiforme, a pu être dilaté jusqu'au n° 7. Le malade ayant alors voulu se sonder a fait venir quelques gouttes de sang. La dilatation fut alors interrompue et le malade sortit le 29 octobre. Il s'est trouvé bien pendant quelque temps, quoique urinant à faible jet, mais à la fin de décembre les mictions devinrent plus difficiles, le jet plus petit ; il souffrait au commencement et pendant la miction. Il éprouvait de plus une douleur permanente au niveau du périnée, ce qui le gênait pour marcher et travailler.

Etat actuel. — Il existe un premier rétrécissement à 10 centimètres du méat, et à la portion bulbaire un autre rétrécissement. Le cathétérisme est impossible.

13 *janvier.* — On passe une bougie n° 4.

Le 14, le 15 et le 16 le rétrécissement ne peut être franchi.

17. — Le n° 5 passe.

20. — Passage du n° 8. On ne peut aller au delà jusqu'au 25, alors le n° 9 peut franchir le rétrécissement.

L'urèthre s'étant un peu enflammé et le malade éprouvant des douleurs dans les testicules on cesse le cathéterisme. Bains. Cataplasmes sur les bourses.

6 *février.* — On ne peut passer que le n° 8. Quelques jours plus tard on arrive au n° 9, puis on est obligé de suspendre le cathétérisme à cause de l'inflammation de l'urèthre.

19. — Uréthrotomie interne avec l'uréthrotome électrique du Dr Jardin. Douleur assez vive pendant l'opération. Un peu d'écoulement de sang le jour et le lendemain.

Douze jours après on tente le cathétérisme, mais il est impossible avec une sonde de moyen calibre. On ne peut faire pénétrer que le

n° 10, c'est-à-dire un numéro de plus qu'avant l'uréthrotomie.

La dilatation a été faite progressivement, et le 6 avril on arrive au n° 19. On est obligé d'attendre parce que le malade souffre un peu. Quelques jours plus tard on passe des Béniqué et on arrive jusqu'au n° 40. Le malade sort le 1er mai, urinant très bien à gros jet et sans douleur.

Obs. DCCCVII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Laurier (Léon), quarante-sept ans, teinturier, entre le 19 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 31. État général très bon. Deux blennorrhagies à l'âge de vingt-trois ans, à quatre mois de distance, une troisième il y a cinq ans, et orchite consécutive. Depuis cette dernière chaudepisse, il a toujours éprouvé une certaine difficulté à uriner, mais il ne souffrait aucunement et le jet d'urine, quoique moins fort qu'à l'ordinaire, était encore projeté loin. Ce n'est que depuis trois mois qu'il ressent pendant la miction un sentiment de brûlure le long du canal et qu'il urine goutte à goutte. Avant-hier après son dîner il s'est senti un pressant besoin d'uriner, mais n'a pu le satisfaire.

A son entrée, vessie distendue : violentes douleurs dans les lombes et prurit très désagréable au bout de la verge : envies d'uriner fréquentes. — Cathétérisme avec une sonde n° 8 qui est arrêtée à 10 centimètres du méat : la remplaçant par une d'un numéro inférieur, nous franchissons le rétrécissement et nous vidons la vessie. L'urine est alcaline et a une odeur ammoniacale prononcée. — Dilatation progressive.

28 *août.* — Le malade peut se passer une sonde n° 20. Exeat.

Obs. DCCCVIII. — *Rétrécissement uréthral. Dilatation progressive.* — Briolet (Léon), vingt-sept ans, repousseur sur métaux, entre le 12 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 3. A l'habitude de faire des excès de boissons, surtout de cognac. Blennorrhagie autrefois. Il y a quatre mois, après avoir fait de copieuses libations, il éprouva pendant la nuit un pressant besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire. Le lendemain dans la journée, voyant qu'il ne pouvait pisser et souffrant beaucoup, il alla trouver un médecin qui le sonda, et lui prescrivit usage de la sonde et la plus grande sobriété. La miction était redevenue normale depuis deux mois, lorsqu'il y a cinq semaines, après une purgation à l'huile de ricin, il éprouva de la difficulté à uriner et remarqua la présence de pus dans l'urine. Par intervalle, fréquentes envies d'uriner et émission de pus pendant huit jours. Brusquement, hier, malgré tous les efforts possibles, la miction n'a pu être opérée.

A son entrée : on fait le cathétérisme avec une sonde n° 5 qui, quoiqu'un peu serrée à 10 centimètres environ du méat, pénètre jusque dans la vessie : urine normale, pas de trace de pus. — Dilatation progressive et bientôt la miction est facile. Exeat.

Obs. DCCCIX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Jourdin (Léon), soixante et un ans, marchand de vin, entre le 7 août 1881, salle Saint-Augustin, n° 71. Sujet alcoolique. Nombreuses blennorrhagies; deux orchites consécutives. La dernière blennorrhagie est survenue à l'âge de cinquante-trois ans. Depuis deux ans, il éprouve une certaine difficulté pour uriner, mais depuis un mois la difficulté est encore plus grande, et hier il s'est vu dans l'impossibilité d'uriner malgré de violents efforts et un extrême besoin. Il a pris, dit-il, une cannette de bière dans l'espoir de satisfaire ce besoin, mais inutilement. Un médecin l'a sondé sans y réussir.

Nous tentons le cathétérisme avec une sonde de moyen calibre, et nous sommes arrêtés à une distance de 10 centimètres du méat. Avec une sonde n° 7 nous parvenons, non sans tâtonnements, à entrer dans la vessie que nous vidons. L'urine est teintée de sang. Prostate normale. — Bains. Dilatation progressive.

Le vingt-cinquième jour on peut passer un n° 18. Le malade urine assez facilement, le jet est devenu à peu près normal.

29 *septembre.* — Le malade sort et continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Flamand (Julien), quarante-sept ans, garçon marchand de vin, entre le 19 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 11. C'est un homme robuste, mais qui fait un abus constant de vin et de spiritueux, jamais d'absinthe, assure-t-il. Deux blennorrhagies, la première à l'âge de vingt-trois ans, la seconde à trente ans. Il a toujours bien pissé jusqu'au commencement de cette année.

Au lendemain d'un repas copieux, il remarqua que le jet d'urine était projeté beaucoup moins loin que d'habitude, il en fut ainsi les jours suivants et depuis, mais comme il ne souffrait pas, il ne fit pas grande attention. Ce n'est que depuis un mois qu'il a commencé à éprouver des douleurs en urinant. De plus le jet d'urine a diminué graduellement et, six ou sept jours après, la miction ne se faisait plus que goutte à goutte; il est donc ainsi depuis trois semaines, jamais de rétention d'urine, mais ce qui l'ennuie le plus, c'est que pour uriner, il est obligé de faire de grands efforts, et, le long du canal, éprouve une sensation de brûlure excessivement douloureuse. Deux ou trois fois seulement, il a remarqué de petites gouttes de sang au bout du méat. — Nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde n° 8, qui pénètre très facilement dans le canal, mais qui, à une distance de 11 centimètres, est arrêtée par un obstacle, qu'il est impossible de franchir. Prenant une sonde d'un numéro au-dessous, nous essayons de la faire arriver dans la vessie. A la même distance, elle en est empêchée. Nous arrivons jusqu'à une sonde n° 5, et celle-ci, quoique serrée, franchit à peu près sans difficulté le rétrécissement. Elle est laissée une heure en place. Grand bain. Purgatif

salin, parce que le malade se plaint de ne pas aller à la garde-robe.

20 *juillet.* — Nous pouvons faire pénétrer une sonde du calibre 7. Le malade souffre un peu moins en urinant et n'a pas besoin de faire de si grands efforts; l'urine sort toujours goutte à goutte.

Tous les deux jours nous augmentons d'un numéro le calibre de la sonde.

5 *août.* — Le malade peut passer une bougie n° 15, et le jet d'urine, sans être fort, est projeté à une certaine distance.

20. — Le malade revient, il peut introduire une sonde n° 18. Nous lui prescrivons de continuer à se sonder.

Obs. DCCCXI. — *Rétrécissement de l'urèthre. Cathétérisme difficile. Dilatation progressive. Amélioration.* — Jouve (Adrien), quarante-sept ans, imprimeur, entre le 12 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Sujet vigoureux. Une pleurésie à l'âge de dix-neuf ans. Trois blennorrhagies, la première à vingt et un ans, la dernière à trente ans; orchite consécutive. Depuis un certain temps, il éprouve de la difficulté à uriner : il a été réveillé pendant la nuit par un besoin pressant d'uriner : malgré tous ses efforts, il n'a pu satisfaire son besoin : coliques violentes, sensation de brûlure dans le canal. Un médecin tente le cathétérisme sans y parvenir.

A son entrée. — On constate une distension des parois de l'abdomen au niveau de l'hypogastre. Cette tumeur remonte jusqu'à 2 centimètres et demi de l'ombilic, elle est dure, sensible, sans bosselures, et n'est autre chose qu'une tumeur formée par la vessie distendue : douleurs en ceinture et besoin impérieux d'uriner. Nous essayons, avec une sonde n° 6, de faire le cathétérisme. Nous pénétrons facilement dans l'urèthre jusqu'à une longueur de 11 centimètres environ, mais là nous sommes arrêté : longues tentatives inutiles. Prenant alors une sonde d'un numéro inférieur, nous pénétrons, non sans tâtonnements encore, dans la vessie : nous retirons un litre et demi d'urine, qui renferme de l'albumine et un peu de sang. La sonde est laissée pendant deux heures. Grands bains.

14 *juin.* — On arrive à passer une sonde n° 7. Le malade ne peut uriner sans être sondé.

9. — Le n° 8 ne peut franchir le rétrécissement. Grand bain. Sonde à demeure.

11. — Pendant qu'il était au bain, le malade a uriné quelques gouttes. On arrive à faire pénétrer dans la vessie un n° 10.

Peu à peu, l'entrée des sondes se fait plus facilement, et le vingt-cinquième jour on en est arrivé à engager le n° 15.

20. — Le malade sort dans un état satisfaisant, il continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Amélioration.* — Allary (Pierre), cinquante-huit ans, garçon marchand

de vins, entre le 11 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 81. Sujet alcoolique. Une première blennorrhagie à dix-neuf ans ; trois autres dont il ne peut préciser la date ; la dernière, croit-il, il y a une dizaine d'années. A l'âge de vingt-cinq ans, chancre induré : bubon inguinal ; plaques muqueuses à l'anus. Pas de maux de gorge ; pas d'alopécie. Deux ans après la dernière blennorrhagie, a commencé à éprouver une certaine difficulté pour uriner ; le jet de l'urine est devenu étroit, bifide, puis quelque temps après il éprouvait à chaque instant de fréquentes envies d'uriner, et la miction ne s'effectuait que goutte à goutte. Un médecin lui conseilla des bains de siège et de la tisane de queues de cerises. Aucune amélioration par ce traitement, et aujourd'hui l'urine ne sort que goutte à goutte. Sentiment de brûlure le long du canal de l'urèthre ; jamais de sang mélangé à l'urine. On introduit dans l'urèthre une bougie n° 7, qui passe facilement. Une seconde, n° 9, est arrêtée à une distance de 11 centimètres du méat. Après quelques tentatives faites doucement et patiemment, on franchit le rétrécissement, mais on voit que la bougie est très serrée. On ordonne au malade de la conserver quelques heures.

13 *janvier*. — Sonde n° 10.

14. — Sonde n° 11. Le malade a uriné plus facilement.

15. — On ne peut faire passer une sonde de plus fort calibre.

17. — Le malade nous dit avoir eu un petit jet d'urine. Sonde n° 12.

19. — Sonde n° 13. Jet d'urine projeté un peu plus loin que l'avant-veille. Sentiment persistant de brûlure pendant la miction.

23. — Le malade, malgré nos conseils, exige sa sortie.

Obs. DCCCXIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Letellier (Henri), trente-neuf ans, opticien, entre le 5 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 31. C'est un homme bien portant, n'ayant eu qu'une pneumonie à l'âge de dix-huit ans. Étant au régiment, il a contracté quatre blennorrhagies qui ont été traitées par des injections dont il ne se rappelle pas la composition. Libéré du service, il a eu deux chaudepisses, la dernière il y a cinq ans. Jamais, affirme-t-il, il n'a eu de chancre.

Jusqu'en 1881, il a toujours bien uriné. Mais vers le mois de novembre de l'année dernière, il a commencé à souffrir pendant la miction, puis peu à peu le jet est devenu faible, puis filiforme, et au mois de mars de cette année-ci, l'urine ne sortait plus, par moments, que goutte à goutte. Enfin il lui est arrivé plusieurs fois de ne pouvoir uriner malgré un pressant besoin et les plus grands efforts. Jamais de sang ni de pus dans les urines, mais parfois elles sont troubles et d'un rouge comparable à celui des briques. Douleurs dans les lombes, dans les aines, s'irradian jusque dans les bourses.

État actuel. — Il n'a pas uriné depuis près de trente heures ; il souffre beaucoup dans tout le bas-ventre. Globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. Nous essayons de sonder le malade avec une sonde de calibre n° 6, mais ne pouvant pénétrer dans la vessie, nous prenons une sonde d'un numéro inférieur. L'instrument est arrêté à 12 centimètres du méat, et ce n'est qu'après plusieurs tentatives patientes qu'on arrive enfin à franchir le rétrécissement. Grand bain quotidien pendant les premiers jours, puis ensuite tous les deux jours.

Progressivement nous augmentons le calibre de la sonde et, le 5 décembre, on peut faire pénétrer une sonde du n° 16.

Le malade ne souffre plus en urinant, l'urine est claire et le jet est projeté assez loin.

12 *décembre.* — Le malade, pouvant se sonder lui-même, quitte l'hôpital. Il continuera l'usage des sondes.

Obs. DCCCXIV. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* —Cromière (Antoine), trente-six ans, cocher, entre le 26 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Il y a un an le malade contracta une blennorrhagie, et n'en guérit jamais parfaitement. Il lui resta toujours un peu d'écoulement.

Depuis trois semaines environ un peu de difficulté est survenue, de cette difficulté et a augmenté peu à peu. Bientôt est venu s'y joindre un peu de douleur, à la miction, le long du canal.

État actuel. — A 12 centimètres du méat, rétrécissement peu serré, puisqu'il permet le passage d'une bougie n° 7.

28 *avril.* — Nous introduisons un n° 8. Le malade garde sa bougie pendant quatre heures.

29. — Douleur dans le canal. Bain.

30. — N° 8, que le malade garde trois heures.

1er *mai.* — Un peu de douleur au canal. Bain. Repos.

3. — N° 10. Le malade souffre beaucoup moins en urinant.

5. — Le malade apprend à se sonder. Il passe le n° 11, qu'il garde quatre heures.

13.— On passe le n° 16. Le malade continuera à se sonder. Exeat.

Obs. DCCCXV. — *Rétrécissement uréthral. Dilatation progressive. Guérison.* — Cotteau (Joseph), cinquante-trois ans, garçon marchand de vins, entre le 17 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. Sujet alcoolique ; une pneumonie à l'âge de trente-sept ans, plusieurs bronchites légères ; cinq blennorrhagies de vingt-quatre à quarante-neuf ans, la dernière il y a quatre ans. C'est celle-ci qui a été le plus longtemps à se guérir malgré un traitement consciencieux.

Depuis huit mois, il éprouve de la difficulté à uriner et plusieurs fois il a pissé goutte à goutte. On lui avait prescrit à différentes reprises de la tisane de queues de cerises. Au commencement de juin, il

a commencé à éprouver de vives cuissons en urinant : graduellement la miction est devenue de plus en plus douloureuse, le jet de plus en plus petit. Il y a huit jours, pendant la nuit, il a été réveillé par un pressant besoin d'uriner qu'il n'a pu satisfaire malgré les plus grands efforts. Plusieurs fois à une heure d'intervalle, il se rendit au cabinet sans succès ; et ce ne fut que le lendemain vers midi, après avoir déjeuné comme d'habitude et pris du café, qu'il put faire sortir quelques gouttes d'urine. Depuis il n'a pas eu de rétention, mais le jet est petit, filiforme et tombe à ses pieds. Sensation de brûlure le long du canal pendant, mais surtout après la miction. Jamais n'a pissé de sang. Jusqu'à son entrée, pas de traitement autre que l'ingestion de tisane de queues de cerises.

A son entrée. — Cathétérisme avec une bougie de faible calibre qui pénètre facilement jusqu'à une distance de 13 centimètres. On sent là un obstacle infranchissable malgré de patients essais. Prenant alors une sonde n° 3, nous parvenons à franchir le rétrécissement. En retirant la sonde, il s'écoule quelques gouttelettes de sang mélangé à de l'urine. La prostate est normale, mais cependant déjetée un peu à gauche.

La sonde n° 3 est introduite de nouveau dans l'urèthre et le malade la garde une heure. Grand bain, tous les deux jours.

19 *juillet.* — On peut introduire non sans tâtonnements une sonde n° 5. L'urine ne présente rien de particulier.

21. — Le malade, pendant son bain qu'il a pris ce matin, a uriné plus facilement, mais la sensation de brûlure pendant la miction existe toujours. Bougie n° 6.

24. Le jet est projeté un peu plus loin. Il tombe à 5 ou 6 centimètres des pieds et est plus nourri. — Bougie n° 7, que le malade conserve le plus longtemps possible. État général très bon.

25. — Constipation. Inappétence, 30 grammes d'huile de ricin. On passe la même bougie.

29. — Le cathétérisme se fait facilement avec une sonde n° 8, mais c'est en vain que l'on essaye d'en faire pénétrer une d'un numéro plus élevé. Le jet d'urine augmente de force. Progressivement on emploie des sondes ou des bougies d'un calibre plus fort, et le 22 août, le malade peut introduire lui-même un n° 16. — Il demande à sortir et continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXVI. — *Double rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Amélioration.* — Mercier (Charles), quarante-trois ans, chargeur, entre le 27 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 72. Deux blennorrhagies : la première à dix-neuf ans, la seconde à vingt-sept, toutes les deux guéries en deux ans trois mois. Jusqu'à l'âge de quarante ans, la miction a toujours été facile, mais à partir de cette époque il a commencé à uriner difficilement et à éprouver une

sensation de brûlure le long du canal. Dans ces derniers temps, il s'échappait par le méat quelques gouttelettes de sang. Ce malade rend ses urines tantôt goutte à goutte, tantôt sous la forme d'un filet très mince.

Etat actuel. — Par le cathétérisme, on constate l'existence d'un sétrécissement, dans la portion spongieuse, qui n'admet qu'une bougie du calibre 6. Ce rétrécissement est dur, fibreux, résistant. La bougie est de nouveau arrêtée au niveau de la région prostatique où il existe un second rétrécissement. Après plusieurs essais infructueux avec la bougie n° 6, nous prenons une bougie d'un numéro au-dessous, et pénétrons dans la vessie. On ordonne au malade de la garder le plus longtemps possible. Grand bain tous les deux jours.

Pendant trois jours, il est impossible de franchir le rétrécissement prostatique. Le quatrième jour, une bougie n° 6 passe au delà, et tous les deux jours, nous pouvons augmenter d'un numéro le calibre de la sonde. Le jet devient de plus en plus gros, les douleurs cessent pendant la miction, et le 24 novembre on passe facilement une bougie n° 18. — Exeat. Le malade continuera chez lui l'emploi des sondes.

Obs. DCCCXVII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Rétention d'urine. Dilatation progressive. Guérison.* — Gérard (Auguste), quarante-sept ans, bijoutier, entre le 17 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. Trois blennorrhagies, la dernière il y a quatre ans. Presque aussitôt après, il a commencé à éprouver une certaine difficulté à uriner. Mais il y a six mois, il a ressenti des douleurs vives à la région hypogastrique, au périnée et le long du canal de l'urèthre. Depuis trois mois le jet d'urine est devenu de plus en plus faible, il ne pisse plus maintenant que goutte à goutte, et parfois même il ne peut évacuer le liquide, malgré de pressants besoins. Il reste presque une journée ou une nuit ainsi, et puis l'urine finit par s'échapper de nouveau goutte à goutte. Il n'a fait aucun traitement jusqu'ici. Le malade affirme que jamais il n'a vu de sang mélangé à son urine.

A son entrée. — Nous essayons de passer une sonde de moyen calibre ; elle pénètre facilement jusqu'au niveau du bulbe ; là elle est arrêtée : avec une sonde du n° 5, nous arrivons facilement jusque dans la vessie. Le malade gardera cette sonde le plus longtemps possible. — Grands bains quotidiens.

18 *octobre.* — Le malade n'a pas pu supporter la sonde plus de deux heures. On essaye de faire passer une sonde d'un numéro supérieur, et quoiqu'un peu serrée, elle pénètre dans la vessie.

20. — Le malade continue à ne pouvoir uriner que goutte à goutte ; mais la sensation de brûlure le long du canal a disparu. Passage d'une sonde n° 7.

23. — Le malade urine encore goutte à goutte, mais fréquem-

ment. Pas de douleurs. On introduit une sonde n° 8. Tous les deux ou trois jours on augmente le calibre des sondes.

29. — L'urine sort sous forme d'un jet filiforme. Bains tous les deux jours seulement.

17 *novembre.* — Etat satisfaisant. Exéat. Il continuera l'usage des sondes.

Obs. DCCCXVIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Trolet (Julien), quarante-neuf ans, homme de peine, entre le 9 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Blennorrhagie il y a dix-neuf ans. Depuis plusieurs années, il éprouve une certaine difficulté à uriner ; le jet était petit et projeté à une faible distance, mais depuis trois semaines il ne peut uriner que goutte à goutte. Souvent, pendant son sommeil, il est réveillé par de fréquents besoins de pisser. La nuit dernière, retention complète d'urine. Après de grands efforts et de vives douleurs, il a pu parvenir à uriner, mais pendant la miction il a senti comme un fer rouge qu'on lui aurait introduit dans le canal de l'urèthre. Il a remarqué que son urine était teintée en rouge.

On pratique le cathétérisme avec une bougie de calibre n° 6; mais, arrivé au niveau du bulbe, on rencontre un obstacle qu'il est impossible de franchir. Prenant alors une bougie d'un numéro au-dessous, on franchit le rétrécissement, mais on sent que cette bougie est serrée. Rien du côté de la prostate. On ordonne au malade de garder cette bougie pendant quelques heures. Bains quotidiens.

12 *février.* — Le malade n'a pu garder sa sonde qu'une demi-heure. Il urine goutte à goutte, mais la sensation de brûlure le long du canal est beaucoup moindre et presque limitée au méat. On peut introduire la sonde n° 6.

15. — Miction goutte à goutte. Cathétérisme avec la sonde n° 7.

18. — La veille, le malade étant au bain a pu uriner avec un jet, mais excessivement grêle. On passe la sonde n° 9. Les jours suivants on arrive à faire pénétrer des sondes de plus en plus fortes ; le jet d'urine est projeté plus loin, et le 11 mars, on est arrivé au calibre n° 16. — Le 12 mars, le malade sort, mais on lui recommande de continuer à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXIX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation. Guérison.* — Roques (Ferdinand), trente-huit ans, plombier, entre le 18 janvier 1881, salle Saint-Augustin. Il a eu à vingt-sept ans une blennorrhagie soignée au Midi ; elle dura deux mois. Depuis, la miction était à peu près normale, quand, il y a six mois, pendant le coït, il sentit une douleur vive, comme une déchirure et vit s'écouler quelques gouttes de sang par le méat. Peu à peu la miction devint plus longue, plus pénible, le jet moins vigoureux et, dans ces derniers temps, l'urine venait presque goutte à goutte ; les dernières portions, pour

être rejetées, nécessitaient de violents efforts et des pressions, des tiraillements sur la verge. Néanmoins l'urine est normale. Rien ailleurs.

Etat actuel. — Nous trouvons d'abord un hypospadias au premier degré, puis en tâtant le trajet du canal, nous rencontrons vers l'attache des bourses un renflement très net et très limité, peu douloureux de la grosseur d'un pois. C'est là que s'arrête manifestement une sonde exploratrice. Le rétrécissement est assez serré pour ne donner qu'avec peine accès à une bougie du n° 5. — En arrière de ce premier rétrécissement, on n'en sent plus aucun autre. — Nous laissons la bougie n° 5 à demeure.

Le lendemain le malade a peu souffert, nous pouvons passer une bougie n° 6, et il sort pour revenir nous voir tous les jours. La bougie est laissée à demeure.

21. — Nous passons le n° 9. — 24. N° 12.

25. — Béniqué du n° 26 au n° 30. — 26. Mêmes Béniqué.

30. — On va jusqu'au 35 Béniqué.

Le malade n'est plus revenu depuis, se considérant comme guéri.

Obs. DCCCXX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Amélioration.* — François (Henri), soixante ans, relieur, entre le 5 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 26. Il a eu deux blennorrhagies entre l'âge de dix-huit et vingt-six ans. Pas d'accidents consécutifs. Il a toujours bien uriné jusqu'en 1880. A cette époque, il a commencé à éprouver de la douleur pendant la miction, mais il pissait néanmoins comme d'habitude et n'a pas remarqué que le jet fût projeté moins loin qu'à l'ordinaire.

Au mois de janvier dernier, sans avoir fait aucun excès, il fut pris un matin de rétention d'urine. Un pharmacien consulté lui prescrivit de la tisane de queues de cerises. Le lendemain de ce traitement, il put uriner, mais le jet était petit et une sensation de brûlure le long du canal lui arrachait presque des cris. A partir de ce moment, le liquide est sorti de plus en plus difficilement, mais les douleurs ont cessé ; urine goutte à goutte depuis quinze jours. Urines chargées de mucus. Jamais d'hématurie.

État actuel. — Douleurs dans les lombes, les aines et le long du cordon. Pas de cathétérisme, on constate un rétrécissement à l'union de la portion spongieuse avec la portion membraneuse. C'est à peine si l'on peut passer une sonde n° 4. Nous laissons cette sonde pendant une demi-heure. Grands bains tous les deux jours. — Il n'y a rien du côté de la prostate.

7 *avril.* — Cathétérisme avec la sonde n° 6. — Le 9. — Sonde n° 7. — Le 11. — Sonde n° 10.

Tous les trois jours on augmente le calibre des sondes, et le trente-deuxième jour, le malade peut introduire une sonde n° 19.

8 *mai.* — Sortie ; il continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXXI. — *Rétrécissement de l'urèthre. Cystite. Dilatation progressive. Guérison.* — Dubuc (Charles), vingt-trois ans, bijoutier, entre le 5 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Deux blennorrhagies, la dernière il y a sept mois. A la suite, il a commencé à éprouver une certaine difficulté à uriner. Depuis trois semaines, il ressent dans la région hypogastrique des douleurs parfois extrêmement vives. Ses urines sont chargées de mucosités.

C'est depuis quinze jours surtout que le malade s'est aperçu que le jet d'urine était fortement diminué, et depuis cinq jours, le liquide ne s'écoule plus que goutte à goutte. Pendant son passage le long du canal et quelques minutes après, il occasionne un sentiment de brûlure très intense. Jamais de sang dans les urines. Nous faisons le cathétérisme et nous éprouvons une certaine difficulté à faire pénétrer une sonde n° 5. L'instrument est arrêté un peu en deçà du bulbe. — Chaque jour nous sondons le malade en augmentant progressivement, et en moyenne tous les deux jours, le numéro de la sonde. Au bout de vingt-neuf jours, nous pouvons faire pénétrer une sonde n° 18. Nous avons combattu les phénomènes de cystite au moyen de cataplasmes et de bains.

7 *février*. — Le malade sort dans un état très satisfaisant. Nous lui recommandons bien de continuer à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXXII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive.* — Beurier (Charles), vingt ans, portefeuilliste, entre le 21 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 4. Première blennorrhagie il y a deux ans; elle dura trois mois, fut traitée par des injections, et laissa après elle une gonorrhée qui n'a pas cessé depuis. Deuxième blennorrhagie il y a six mois. La période d'acuité est passée, mais il reste toujours un peu d'écoulement purulent, sensible surtout le matin quand le malade se lève. Depuis cette dernière blennorrhagie, le malade a de la difficulté à uriner, difficulté qui est allée en augmentant, avec des rémissions et des exacerbations. Il lui est arrivé de rester plusieurs heures sans pouvoir uriner; d'autres fois, il urine assez facilement.

État actuel. — A 13 centimètres du méat est un rétrécissement peu serré, et qui, dès le premier jour, permet le passage d'une bougie n° 8.

23 *avril*. — N° 9. Bain. — Le 24. — N° 10; et le 25. — N° 11.

26. — Le malade apprend à se sonder, il passe le n° 10. Bain.

29. — Peut passer le n° 13 : demande son exeat.

Obs. DCCCXXIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Insuccès de la dilatation progressive. Uréthrotomie externe. Guérison.* — Senedot (Romain), trente-cinq ans, charpentier, entre le 27 décembre 1880, salle Saint-Augustin, n° 79. Bonne santé habituelle; a contracté une première blennorrhagie à vingt-quatre ans, la seconde à vingt-six ans et la troisième quelques mois après. Trois ans après cette dernière

chaudepisse, il s'aperçut que le jet d'urine devenait plus petit et plus lent. Depuis, ces symptômes augmentèrent, il ne pissa plus que goutte à goutte et, il y a cinq ans, il fut pris d'une rétention complète d'urine. Entré à l'hôpital, il fut traité par la dilatation et sortit amélioré. Pendant près d'une année, il se crut guéri, puis il s'aperçut que la gêne et la difficulté pour uriner revenaient. Seconde rétention d'urine. Rentré à l'hôpital, il y reste plusieurs mois et est encore soumis au traitement par la dilatation. Jusque là il n'avait jamais pissé de sang. Il ne saurait dire par quel numéro on commença le traitement, mais il sait qu'à sa sortie on était parvenu à introduire le n° 16. Revenu chez lui, il continue pendant plusieurs mois l'usage des sondes. Il y a huit mois, il s'est aperçu de nouveau que le jet d'urine redevenait filiforme, et qu'il souffrait le long du canal pendant l'évacuation du liquide. Progressivement, le jet a diminué, et depuis trois mois il n'urine que goutte à goutte : quelquefois de la rétention. Pas de sang dans les urines. Bonne santé du reste.

Etat actuel. — En pratiquant le cathétérisme avec une sonde n° 2, on rencontre, dans un point correspondant au commencement de la portion musculeuse, un obstacle au passage de la sonde, mais qu'on parvient à franchir au bout de quelques minutes. En la retirant pour essayer un numéro au-dessus, il s'écoule quelques gouttelettes de sang. La sonde n° 3 ne peut être engagée, on réintroduit la précédente et l'on prescrit au malade de la garder. Grand bain.

29 *décembre.* — Le malade n'a pu garder sa sonde plus de dix minutes. On cherche en vain à introduire la sonde n° 3.

Pendant tout le mois de janvier et une partie de février, on tente la dilatation progressive, mais sans succès.

13 *janvier.* — Uréthrotomie interne.

15. — Le malade a gardé la sonde pendant trente-six heures. Il se trouve beaucoup mieux.

Jusqu'à sa sortie le malade va de mieux en mieux et, le 3 février, il sort presque complètement guéri.

Obs. DCCCXXIV. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Lecointe (Jules), cinquante-huit ans, serrurier, entre le 24 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 79. Plusieurs blennorrhagies, la dernière à l'âge de quarante-sept ans ; a toujours bien uriné jusqu'à l'année dernière. A cette époque, il a commencé par éprouver un sentiment de cuisson en urinant, mais le jet d'urine continuait à être aussi fort que d'habitude, puis peu à peu ce jet est devenu petit, et à dater du mois de juin dernier, il n'urine plus que goutte à goutte. Deux ou trois fois il a remarqué que les urines étaient teintées de sang. De temps à autre, douleurs très vives dans la région hypogastrique. — Cathétérisme avec une sonde n° 6 : elle est arrêtée au bulbe. Avec une sonde d'un numéro inférieur, nous

arrivons dans la vessie que nous vidons. Les urines sont chargées, et nous prescrivons des bains et de la tisane de chiendent.

Tous les trois jours, nous passons une bougie d'un numéro plus élevé. Le jet d'urine devient de plus en plus fort, et lorsque le malade nous quitte, il peut introduire dans son canal une sonde n° 20.

19 *octobre*. — Sortie. Le malade continuera à se sonder.

OBS. DCCCXXV. — *Rétrécissement de l'urèthre. — Dilatation progressive. Guérison.* — Mercurin (Édouard), trente-deux ans, garçon boucher, entre le 1er octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 30. Homme vigoureux, n'ayant jamais été malade. Trois blennorrhagies traitées et guéries par les injections au tannin. La dernière chaudepisse est guérie depuis cinq mois, mais à partir de cette époque, il a commencé à éprouver quelques difficultés à uriner, puis le jet d'urine est devenu de plus en plus petit. Aujourd'hui, il vient tomber à l'extrémité des pieds. A part un sentiment de cuisson pendant l'émission de l'urine il ne souffre pas. Jamais de coliques, jamais de sang dans les urines.

Actuellement. — Ce n'est qu'avec le n° 7 que nous parvenons à franchir un rétrécissement qui siège à la portion membraneuse. Il garde la sonde quelques heures. Bains tous les deux jours.

4. — Cathétérisme avec une bougie n° 9 ; elle est serrée au point rétréci et le malade ne peut la garder plus de vingt minutes.

5. — La bougie n° 9 est introduite facilement, mais c'est en vain que nous voulons faire pénétrer une bougie n° 10. Le jet n'a pas augmenté de force.

6. — On ne peut encore faire arriver le n° 10 jusque dans la vessie. Pendant cinq jours consécutifs, on ne peut rien gagner, mais à partir du 9 octobre, le rétrécissement offre moins de résistance et tous les deux jours nous pouvons augmenter le calibre des bougies d'un numéro. Peu à peu aussi le jet d'urine est projeté plus loin, et quand le malade nous quitte, il peut faire pénétrer lui-même une bougie n° 20 et urine presque comme autrefois. — 25. — Sortie.

OBS. DCCCXXVI. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Cotto (Pierre), quarante-quatre ans, mégissier, entre le 24 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 13. Sujet alcoolique; fait un abus constant d'eau-de-vie. Trois blennorrhagies, la dernière à l'âge de trente-neuf ans; cette dernière n'a jamais été bien guérie, presque chaque matin il y a une goutte de pus au niveau du méat. Depuis cinq mois, il éprouve des douleurs assez vives au moment de la miction. Peu à peu le jet d'urine est devenu de plus en plus petit et, depuis cinq semaines, celle-ci ne passe plus que goutte à goutte et grâce à de grands efforts.

A son entrée. — Nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde calibre 5, nous arrivons jusque dans la vessie, mais elle est fortement

serrée au niveau du rétrécissement (collet du bulbe). En la retirant, il s'écoule quelques gouttelettes de sang. Le malade n'a jamais remarqué que son urine fût teintée en rouge. On introduit de nouveau la même sonde en ordonnant au malade de la garder le plus longtemps possible. Grand bain chaque jour. — Tous les deux jours, nous augmentons d'un numéro la sonde, et quand le malade sort, il peut passer le n° 19. — 5 *août.* — Sortie.

Obs. DCCCXXVII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Gendrot (Émile), cinquante ans, marbrier, entre le 24 septembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 71. Sujet alcoolique, accusant trois blennorrhagies, dont la dernière à l'âge de vingt-huit ans : les deux premières, contractées pendant qu'il était au régiment, ont été traitées par des injections; la dernière par le copahu et le cubèbe. En juillet dernier, après une journée d'excès, il sentit un violent besoin d'uriner et, pendant la miction, il ressentit une vive douleur comparable à une brûlure le long du canal de l'urèthre. Pendant plusieurs jours il en fut ainsi, mais le jet d'urine était projeté aussi loin que d'habitude. Peu à peu la douleur augmenta en acuité et la miction ne se fit bientôt qu'au prix des plus grands efforts. Enfin depuis trois semaines il éprouve une grande difficulté à uriner et est fort gêné par les fréquentes envies de vider sa vessie; le jet d'urine est devenu de plus en plus faible; mais le malade n'a jamais, jusqu'à présent, uriné goutte à goutte.

Cathétérisme avec une sonde n° 7; un n° 8 est arrêté au niveau de la portion bulbeuse. L'urine ne contient pas de sang, mais elle est alcaline et d'odeur légèrement ammoniacale. On introduit de nouveau la sonde n° 7 que l'on ordonne au malade de garder le plus longtemps possible. Grand bain tous les deux jours.

Tous les trois jours, on augmente d'un numéro la sonde, en prescrivant toujours au malade de la garder au moins une heure.

21 *octobre.* — Le malade est sondé avec une bougie n° 18. Le jet d'urine, sans être aussi fort qu'auparavant, est projeté assez loin, et il n'y a plus aucune douleur pendant la miction.

23. — Sortie. Usage de la bougie pendant quelque temps encore.

Obs. DCCCXXVIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Derasse (Louis), soixante et un ans, tabletier, entre le 31 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 8. Cet homme d'une bonne santé habituelle a eu plusieurs blennorrhagies. La première à vingt ans, non soignée. La deuxième à cinquante ans; quelques excès de femme.

Il y a deux ans et demi, incontinence d'urine et difficulté d'uriner qui va en augmentant. Ce jet arrive bientôt à être en arrosoir et tombe presque perpendiculairement. Mictions assez fréquentes, épreintes vésicales. Hors de là, bonne santé.

A son entrée. — Rétrécissement siégeant vers le collet du bulbe et n'admettant que le n° 6. On le laisse à demeure, le malade urine autour.

4 avril. — N° 8; il passe facilement; on le fixe.

6. — On introduit facilement le n° 10. Ce que voyant, nous introduisons les Béniqué et nous allons facilement, en moins d'un quart d'heure, jusqu'au n° 40, que le malade garde quelques instants. Il urine ensuite facilement, bien qu'avec un peu de douleur.

Obs. DCCCXXIX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Guitton (Louis), quarante-neuf ans, ciseleur en bronze, entre le 11 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Une seule chaudepisse à vingt-trois ans; fait un abus très grand de vermouth et de cognac. Aucune maladie grave. A commencé à uriner avec difficulté au mois de mars dernier; le jet est devenu de plus en plus grêle et, aujourd'hui, l'urine ne sort plus que goutte à goutte. Jamais de sang dans l'urine.

A son entrée. — Il n'a pas uriné depuis quinze heures; la vessie forme une tumeur au-dessus du pubis : coliques violentes, besoin impérieux d'uriner sans pouvoir le satisfaire. On pratique le cathétérisme avec une sonde n° 12, mais au niveau du bulbe la sonde se trouve arrêtée : la sonde n° 10 pénètre dans la vessie, mais elle est très serrée au niveau du rétrécissement. On vide la vessie, l'urine est trouble, mais ne contient pas de sang. Le malade se sent aussitôt soulagé. — Grand bain.

13 *juin.* — On peut introduire une sonde n° 12. Le malade a pris un bain avant la visite et a pu uriner goutte à goutte. On recommande au malade de garder sa sonde le plus longtemps possible.

15. — Sonde n° 15.

Le dix-septième jour, on est arrivé au n° 20.

30. — Le malade sort; il continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXXX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Levillain (Jules), trente-huit ans, serrurier, entre le 29 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Cinq blennorrhagies, la dernière il y a trois mois. Une orchite double. Jamais de chancre. Bonne santé habituelle. A la suite de sa dernière chaudepisse, guérie en trois semaines avec des injections astringentes, il a éprouvé une sensation de brûlure le long du canal pendant la miction; cette sensation de brûlure s'est changée en véritables douleurs; le jet d'urine est devenu de plus en plus petit; enfin, depuis dix jours, le malade ne pisse plus que goutte à goutte et à chaque instant. Jamais de sang dans les urines. — Cathétérisme avec une sonde de calibre n° 5 : rétrécissement à l'union de la portion membraneuse avec la portion bulbeuse. On prescrit au malade de garder la sonde le plus longtemps possible. — Grands bains tous les deux jours. — Le lendemain, sonde n° 5. — Chaque jour, on peut passer

sans difficulté une sonde d'un numéro supérieur. Peu à peu le jet d'urine se rétablit, et le 20 juin, sonde n° 18.

22 *juin*. — Le malade sort ; il continuera l'usage des sondes.

Obs. DCCCXXXI. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Boulonge (Adolphe), tailleur de pierres, entre le 11 mars 1883, salle Sainte-Marthe, n° 80. Quatre blennorrhagies, la première à l'âge de vingt-deux ans : chancre non suivi d'accidents. Quelques mois après (il y a huit mois), la dernière chaude-pisse a été contractée et guérie en six semaines. Depuis, il a remarqué que le jet d'urine était moins fort que d'habitude. Il y a cinq jours, après un dîner copieux, il s'est vu tout à coup dans l'impossibilité d'uriner. Il s'est donné une injection d'eau fraîche qui a en partie pénétré dans la vessie et il a pu uriner, mais après de grands efforts. Depuis, il ne pisse que goutte à goutte et la miction est précédée de douleurs très vives le long du canal.

Nous le sondons avec une sonde n° 5, qui pénètre jusqu'au niveau du bulbe : là elle est arrêtée, et ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'on parvient à la faire arriver dans la vessie. Nous la laissons à demeure pendant une heure. L'urine est normale. Le malade n'a pas remarqué qu'elle fût teintée de sang. — Grands bains quotidiens.

Tous les deux jours, on augmente d'un numéro le calibre de la sonde; et le 20 *avril*, on peut employer la sonde n° 18.

22. — Sortie. Le malade continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXXXII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Guérison.* — Lagrue (Eugène), quarante-huit ans, sellier, entre le 25 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé dans sa jeunesse. Pas de syphilis. Blennorrhagie à vingt et un ans, durant au moins six mois, traitée par injections au sulfate de zinc. Depuis trois ans environ, le malade a remarqué que son jet d'urine était moins fort, et peu à peu la difficulté d'uriner s'est prononcée. Aujourd'hui, il n'urine que goutte par goutte, et au moindre écart de régime il est pris de rétention d'urine, ce qui l'amène à l'hôpital.

État actuel. — Rétention d'urine. Vessie remplie d'urine, occupant toute la région hypogastrique. Une sonde n° 6 pénètre avec peine : le rétrécissement siège à la région membraneuse et est unique. État général bon. — Dilatation progressive en augmentant d'un numéro presque tous les jours.

20 *décembre*. — On passe le n° 20. — Exeat avec ordre de continuer à se sonder.

Obs. DCCCXXXIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Guérison.* — Courtois (Ernest), trente-quatre ans, confiseur, entre le 7 mai 1882, salle Saint-Augustin. Cet homme a eu une

première blennorrhagie à l'âge de dix-huit ans, et depuis, il fait sortir, chaque matin en pressant le canal, une goutte de liquide purulent. Jusqu'en novembre dernier la miction s'opérait très bien. A cette époque, à la suite d'un excès de boisson, il fut pris tout à coup de rétention d'urine, et malgré de pressants besoins et de grands efforts, il ne put pisser. A partir de ce moment, la miction est devenue longue et pénible, l'urine sort à petit jet et sans force, puis de temps à autre la rétention d'urine se reproduit. L'éjaculation est elle-même entravée et le sperme sort difficilement. A part cela, la santé est assez bonne. Il est sujet à des migraines fréquentes et des éruptions prurigineuses. Il se présente à l'hôpital, se plaignant de n'avoir pas uriné depuis plusieurs heures.

État actuel. — La vessie distendue forme tumeur au-dessus du pubis. On pratique le cathétérisme avec une sonde de petit calibre et on peut ainsi vider la vessie. On constate un rétrécissement dans la région membraneuse; il s'écoule quelques gouttelettes de sang.

On commence par le n° 4 et l'on ordonne au malade de garder la bougie plusieurs heures. Grands bains quotidiens.

Le 10 on passe le n° 5. — Dilatation progressive, et le 28, n° 16. Exeat.

Obs. DCCCXXXIV. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation.* — Trolot (Hippolyte), quarante-six ans, découpeur, entre le 20 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Bonne santé habituelle. Il y a sept à huit ans, blennorrhagie de quinze jours, guérie sans injection; pas de goutte militaire consécutive. Depuis cinq à six ans, un peu de difficulté à uriner. Cette difficulté a notablement augmenté depuis deux ans.

Actuellement : urine goutte à goutte, et quelquefois involontairement. Incontinence nocturne d'urine par regorgement. A la partie membraneuse est un rétrécissement que peut franchir une bougie n° 4.

24 *février*. — Nous passons la bougie n° 5; le malade la garde tout le jour.

25. — Nous passons le n° 6. — Bain. — La bougie, arrêtée vers la prostate, se recourbe à ce niveau, ce qui fait que pendant quelque temps il est impossible d'augmenter le diamètre.

3 *mars*. — Nous passons le n° 9. — Pendant le courant du mois de mars, nous allons à 13. Dans les premiers jours d'avril, nous passons 14 et 15. Le 14 avril, exeat du malade sur sa demande.

Obs. DCCCXXXV. — *Rétrécissement de la portion membraneuse de l'urèthre. Dilatation progressive.* — Bourdon (Alexandre), cinquante-quatre ans, garçon-maçon, entre le 22 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. Ce malade eut une première blennorrhagie à vingt ans, laquelle dura deux mois et fut traitée par des injections avec de l'eau blanche. Depuis cette époque il eut de nombreuses chaudepisses. Il était d'une

extrême susceptibilité, presque chaque coït amenant des accidents inflammatoires du côté de l'urèthre. Depuis 1868 il a de la difficulté à uriner; à cette époque, pendant trois semaines, dilatation progressive. Depuis lors, alternatives d'amélioration et d'aggravation. Il a remarqué qu'il urine plus facilement pendant l'hiver que pendant l'été.

20 *mai.* — Il éprouve une impossibilité presque absolue d'uriner. En même temps douleurs à la verge, irradiant à l'aine du côté droit.

État actuel. — La vessie dilatée remonte de trois travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Par le cathétérisme, nous constatons l'existence d'un rétrécissement vers la portion membraneuse. Il y a en même temps un peu de spasme, car nous sommes obligé de laisser la bougie un certain temps en contact avec la partie rétrécie avant de la franchir. Nous passons le n° 8.

23 *mai.* — Passage du n° 8 sans difficulté. Impossible de passer le n° 9. Bain.

24. — Douleurs à la verge, un peu de fièvre. Repos. Bain.

25. — Passage du n° 8. Bain; et le 27. — Passage du n° 10. Bain.

28. — Douleurs à la verge, légers frissons. Repos; sulfate de quinine 75 centigrammes.

29. — Repos. Sulfate de quinine. — 30. — Passage du n° 9.

3 *juin.* — N° 13. — Le 5. — Fièvre, frisson; sulfate de quinine 1 gramme. — Le 5. — N° 12. — Le 8. — Passage du n° 14, fièvre; sulfate de quinine. — Le 9. — Repos. Bain.

21. — Il a encore eu un frisson il y a trois jours. On passe aujourd'hui un n° 18. — Exeat.

Obs. DCCCXXXVI. — *Double rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Amélioration.* — Therrin (Jean), soixante-deux ans, ferblantier, entre le 2 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. Sujet vigoureux. Quatre blennorrhagies, la première à vingt et un ans, la dernière il y a trois ans. Depuis quelques semaines, il éprouve de la difficulté pour uriner; mais depuis quinze jours il n'urinait plus que goutte à goutte, et hier brusquement il a cessé de pouvoir pisser. Plusieurs fois il a essayé sans pouvoir réussir. Enfin ce matin avant d'entrer à l'hôpital : l'urine est sortie goutte par goutte, en petite quantité, et au prix de grands efforts.

A son entrée. — Vessie distendue. Avec une sonde de calibre n° 8, on fait le cathétérisme. Au niveau de la portion membraneuse, on est arrêté, mais après quelques tâtonnements on franchit l'obstacle, puis au niveau de la région prostatique, nouvel arrêt de la sonde. Ici on éprouve beaucoup plus de difficulté pour passer. Prenant une sonde d'un numéro au-dessous, on arrive directement cette fois au niveau de la portion prostatique, mais sans pouvoir pénétrer au delà. Enfin après plusieurs minutes de tâtonnements on franchit le rétrécissement.

Prostate hypertrophiée, bosselée et déjetée légèrement à gauche.

On vide la vessie et l'on remplace la sonde par une bougie de même calibre, qu'on ordonne au malade de garder pendant au moins une heure. — Bains tous les deux jours. — Progressivement, on augmente le calibre des bougies, et, le 29 juin, on passe une sonde n° 18.

30 *juin*. — Le malade sort, il continuera à se sonder chez lui.

Obs. DCCCXXXVII. — *Rétrécissements multiples de l'urèthre. Albuminurie. Uréthrotomie interne. Guérison.* — Flambard (Léon), trente-cinq ans, sellier, entre le 20 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 1. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. A l'âge de seize ans blennorrhagie qu'il négligea, écoulement uréthral pendant dix ans. Depuis six ans la miction est devenue difficile et fréquente, jet filiforme, en vrille, sans force. Depuis un mois ces phénomènes se sont progressivement accentués au point que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Le lendemain de l'entrée nous parvenons, avec beaucoup de peine, à introduire une bougie filiforme qui nous permet de constater qu'il existe trois rétrécissements extrêmement étroits, l'un à 6 centimètres en arrière du méat, les deux autres dans la portion membraneuse de l'urèthre. Le soir, violent frisson, fièvre. T. = 39°,6. On administre un grand bain et du sulfate de quinine. De plus, albuminurie : le malade n'a jamais eu d'œdème malléolaire ou palpébral, mais depuis quelque temps : soif, nausées, sans vomissements. Pas de diarrhée. — Régime lacté absolu.

On s'abstient de pratiquer le cathétérisme jusqu'au 30 avril. A partir de cette époque on renouvelle les tentatives de dilatation avec les bougies filiformes, mais sans grand succès : la quantité d'albumine diminue de jour en jour.

12 *mai*. — L'état général du malade s'étant amélioré : anesthésie chloroformique : uréthrotomie interne avec l'uréthrotome de Maisonneuve. Sonde n° 16 à demeure.

Réaction fébrile pendant deux jours, T. 39°,4 et 39°,2 le soir; 37°,5 le matin, puis tout rentre dans l'ordre.

15. — La quantité d'albumine est insignifiante, on alimente le malade avec des panades, le lait n'étant plus toléré.

1er *juin*. — Guérison. L'urine contient encore des traces d'albumine. Guérison du rétrécissement. Exeat.

Obs. DCCCXXXVIII. — *Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation progressive. Abcès urineux. Incision. Guérison.* — Gendron (Alexis), cinquante-quatre ans, employé de commerce, entre le 29 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 72. Homme débilité par des excès de toute sorte ; quatre blennorrhagies. Jamais de chancre. Une pneumonie il y a neuf ans. Sa dernière chaudepisse date de quinze mois. De-

puis plus d'un an, il urinait avec beaucoup de peine et toutes les fois qu'il avait eu un rapprochement sexuel, il était trois ou quatre jours ne pouvant uriner que goutte à goutte. Il y a cinq semaines, il a commencé à éprouver de véritables douleurs pendant la miction et, depuis dix jours, l'urine ne sort que goutte à goutte et après beaucoup d'efforts. Enfin est apparue sur le périnée une tumeur qui l'inquiète beaucoup.

A son entrée. — On constate un rétrécissement de l'urèthre au niveau de la portion membraneuse, c'est à peine si l'on peut passer une sonde n° 5. En arrière du scrotum, sur le périnée, tumeur du volume d'une mandarine. La peau à la surface a conservé ses caractères normaux; la tumeur est dure, uniforme, peu douloureuse à la pression. — Cathétérisme. Sonde conservée dans le canal pendant trois heures. Bains.

7 *juin.* — La peau qui recouvre la tumeur est devenue rouge, tendue et amincie; le malade souffre beaucoup. — Cataplasmes. — Le cathétérisme est fait chaque jour et l'on n'a pu encore faire passer une sonde plus grosse que le n° 6.

9. — Incision sur la tumeur. — 10. — Mieux sensible dans l'état général. Passage d'une sonde n° 8. Les symptômes s'améliorent peu à peu, l'abcès se cicatrise.

25 *juillet.* — Le malade sort presque complètement guéri. On peut faire pénétrer dans la vessie une sonde n° 19. Il continuera l'usage des bougies.

Obs. DCCCXXXIX.—*Rétrécissement de l'urèthre. Poche urineuse dans la portion membraneuse. Mort par septicémie. Autopsie.* — Couvelard (Hippolyte), cinquante ans, chauffeur, entre le 7 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 46. Lorsque le malade nous arrive, il est dans un état de torpeur tel que nous ne pouvons obtenir de lui absolument aucune réponse précise; à chaque parole qu'on lui adresse il sort de son demi-coma pour regarder autour de lui d'un air étonné, puis retombe dans sa torpeur en répondant d'une façon inintelligente à la question. Nous apprenons, par la personne qui l'amène, que depuis plusieurs années il a de la difficulté à uriner, mais que cette difficulté a augmenté rapidement ces derniers temps et que depuis douze jours il n'a pu accomplir la miction. Un médecin appelé a pratiqué le cathétérisme avec difficulté, puis est arrivé à obtenir de l'urine, mais au prix de souffrances considérables, et après avoir fait saigner beaucoup le malade. Persistance de la rétention d'urine. Le médecin a pratiqué de nouveau le cathétérisme deux ou trois fois, a retiré chaque fois une urine noirâtre; la femme du malade l'a sondé depuis lors. Au bout de quatre à cinq jours, l'état général est devenu mauvais, en même temps qu'il souffrait de la région périnéale. Il se plaignait d'une céphalalgie vio-

lente, de douleurs abdominales, de dyspnée. Bientôt le cathétérisme ne retira que très peu d'urine, la sonde étant à chaque instant obstruée par des caillots absolument noirs.

État actuel. — Torpeur : respiration difficile : la poitrine est remplie de râles sous-crépitants. La vessie, très dilatée, atteint la région ombilicale, langue sèche, inappétence. Le cathétérisme ne peut se faire qu'avec une sonde n° 6 en raison de l'étroitesse du méat, le malade ayant eu un chancre à ce niveau. Il donne issue à une centaine de grammes d'un liquide noirâtre, albumineux, sans odeur de gangrène ; au bout de quelques instants, un caillot oblitrèe la sonde : celle-ci est retirée, désobstruée et repassée immédiatement : issue seulement de quelques gouttes de liquide. La sonde est obstruée de nouveau. Le bord supérieur de la vessie est toujours au niveau de l'ombilic. Nous pratiquons alors la ponction de la vessie et retirons plus de deux litres d'un liquide d'abord d'un brun clair, puis beaucoup plus foncé, et enfin absolument noir. — Sulfate de quinine 1 gramme. Potion de Todd. Cataplasmes sur le ventre. Lavements.

8 *août.* — État général plus mauvais encore; langue grillée, rhonchus trachéaux. Nouvelle ponction vésicale ; issue de 1,800 grammes d'un liquide analogue à celui de la veille.

9. — Le malade meurt à 6 heures du matin.

Autopsie. — L'*urèthre* est sain dans toute sa région spongieuse. Mais au niveau de la région membraneuse, la muqueuse s'arrête brusquement comme si elle avait été rompue, et l'on se trouve en présence d'une excavation du volume d'une pomme, à parois tomenteuses, d'un gris pâle, recouvertes d'une couche de substance molle, noirâtre, très adhérente. Cette excavation est remplie en outre d'une urine absolument noire. La paroi postérieure est formée par la prostate et le col de la vessie. Quant à la *vessie*, elle est très dilatée, renferme près de 300 grammes d'urine noire aussi. La muqueuse vésicale est intacte. Il semble donc que l'urine allait se colorer en pénétrant dans la poche pré-vésicale où des hémorrhagies avaient dû se produire, et que de là elle retombait dans la vessie. — Les *reins* sont fortement congestionnés. — Congestion à la base des deux poumons. Les autres organes sont sains.

Obs. DCCCXL. — *Rétrécissement de la région prostatique. Abcès périnéal. Dilatation progressive. Uréthrotomie interne. Guérison.* — Rateau (Lucien), soixante-deux ans, journalier, entre le 23 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 21. Plusieurs blennorrhagies, la dernière à l'âge de quarante et un ans. Il y a environ un an, il a commencé à éprouver une certaine gêne dans la miction. A chaque instant, il sentait le besoin d'uriner, et peu à peu le jet du liquide a diminué et depuis deux mois il n'urinait plus que goutte à goutte. Il y a trois semaines, miction impossible, sentiment de tension,

puis douleurs vives du côté du périnée. Quelques jours après, apparition d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

A son entrée. — Le malade n'a pu uriner depuis près de trente-six heures : la vessie remplie forme une tumeur arrondie au-dessus du pubis. Du côté du périnée, tumeur du volume d'une noix, arrondie; la peau à sa surface est chaude, rouge et amincie. Rétrécissement au niveau de la région prostatique. Le toucher rectal démontre que la prostate est volumineuse. Le cathétérisme n'est possible qu'avec le n° 3. Écoulement par la sonde d'une urine contenant quelques filets de sang. On laisse la sonde à demeure. Bains.

Le lendemain, le malade nous dit n'avoir pu garder sa sonde plus d'une heure et demie. Il n'a pas uriné depuis la veille. L'abcès s'est ouvert spontanément. On essaye de passer la sonde n° 4, mais sans y parvenir.

Les jours suivants, mêmes tentatives non suivies de succès. Pendant quinze jours, on essaye la dilatation progressive : pas d'amélioration. — Uréthrotomie interne. — Sonde n° 20 à demeure.

Rien à noter jusqu'au 21 février, où le malade, presque guéri, demande sa sortie.

Obs. DCCCXLI. — *Rétrécissement infranchissable de l'urèthre siégeant au niveau de la portion membraneuse. Uréthrotomie externe. Incision sus-pubienne de la vessie. Passage d'une sonde à demeure. Infiltration d'urine. Mort. Autopsie.* — Apert (Firmin-Élie), cinquante-huit ans, imprimeur, entre le 21 décembre 1881. salle Sainte-Marthe, n° 31. Blennorrhagie en 1842. Syphilis en 1844. La blennorrhagie, non traitée, est passée à l'état chronique et a déterminé un rétrécissement cicatriciel de l'urèthre. En 1852, difficulté extrême de la miction. On est obligé de le sonder. En 1866, il entre de nouveau à l'hôpital; d'après ses renseignements il existait à cette époque plusieurs rétrécissements. Traitement, suivi de succès, par la dilatation progressive. Par la suite, il néglige de se sonder, comme on le lui avait recommandé, et le rétrécissement se reproduit. Des phénomènes de rétention d'urine avec incontinence par regorgement le conduisent de nouveau à l'hôpital. Il y a six ans, on pratique l'uréthrotomie interne. Le malade continue à ne pas se sonder et de nouveaux accidents se reproduisent et l'amènent à l'hôpital.

État actuel. — Le cathétérisme uréthral démontre qu'il existe trois rétrécissements, l'un à 4 centimètres en arrière du méat, le second à l'union des portions spongieuse et membraneuse, le troisième immédiatement en avant de la prostate. Les deux premiers se laissent vaincre par une bougie filiforme, le dernier est infranchissable. Le palper et la percussion hypogastrique montrent que la vessie est pleine, le malade n'urine que par regorgement. Sensation de pesanteur douloureuse dans le bassin et au périnée, ténesme

vésical. Miction en quelque sorte continue, mais goutte à goutte et sans énergie. Troubles gastriques, inappétence ; parfois nausées sans vomissements. Le malade exhale une odeur urineuse. Les efforts répétés qu'il fait pour vider la vessie ont déterminé la production d'une hernie inguinale gauche. — Nous traitons le malade par les grands bains et la dilatation. — Au bout d'un mois les deux premiers rétrécissements sont complètement dilatés et laissent passer les bougies n° 7. Il n'en est pas de même du rétrécissement le plus reculé, il est resté infranchissable, bien que chaque jour nos internes, ou nous-même, ayons passé une heure à tenter tous les procédés possibles de cathétérisme. Bougies filiformes multiples glissées à côté l'une de l'autre, bougies disposées en hélice, en baïonnette et maintenues par des fils collodionnés, etc. L'état du malade s'aggrave de jour en jour et des phénomènes d'urémie lente se produisent.

28 *janvier* 1882. — Chloroforme. Position de la taille. Nous introduisons par le méat un cathéter cannelé que nous conduisons jusqu'au rétrécissement infranchissable et dont nous reconnaissons l'extrémité à travers le périnée. Pendant qu'un aide maintient en place cet instrument, nous faisons avec le bistouri, sur la ligne médiane du périnée, une incision antéro-postérieure, étendue de la racine des bourses à un travers de doigt de l'anus. En coupant couche par couche, nous trouvons dans le tissu cellulaire sous-cutané un plexus veineux variqueux et dilaté et des artérioles, en particulier l'artère bulbeuse, qui donneraient beaucoup de sang si nous ne les saisissions immédiatement avec des pinces hémostatiques. En nous guidant continuellement sur la sonde introduite par le méat nous allons à la recherche de la portion membraneuse de l'urèthre, mais nous ne trouvons à sa place que du tissu inodulaire sans trace de canal. Nous faisons sans peine communiquer la plaie périnéale avec la portion pénienne de l'urèthre, mais les recherches les plus patientes et les plus minutieuses ne nous permettent de découvrir aucune voie perméable allant du côté de la vessie. — L'insuccès de nos investigations nous conduit alors à ouvrir la vessie par la voie pubienne. Pour cela, nous faisons dans la région hypogastrique, au niveau de la cavité dite de Retzius, c'est-à-dire dans l'espace situé au-dessous du cul-de-sac péritonéal, une incision médiane et verticale mesurant du côté de la peau 10 centimètres, et comprenant, couche par couche, les téguments, le raphé fibreux de la ligne blanche dans l'interstice des muscles droits antérieurs et pyramidaux et le fascia transversalis ; au niveau de la membrane notre incision n'a plus que 3 centimètres de longueur et descend jusque sur la symphyse pubienne. Nous avons ainsi évité de toucher au péritoine. La face antérieure de la vessie étant à découvert, nous faisons avec un gros trocart la ponction de cet organe afin de le vider et nous prenons toutes les précautions désirables pour

éviter la chute de l'urine dans le bassin. Ceci fait, nous saisissons la paroi antérieure avec des pinces hémostatiques, à droite et à gauche de la canule qui nous sert de point de repaire, et nous faisons sur la ligne médiane une incision juste suffisante pour introduire une bougie. Nous dirigeons celle-ci vers l'orifice du col que nous franchissons, et nous tentons de la faire ressortir par la plaie périnéale. Ici nous nous trouvons en présence d'une grande difficulté, au delà de la prostate, le canal est tellement dévié à droite qu'il semble aller se perdre du côté de la branche ischio-pubienne correspondante. Il nous est impossible de conduire notre bougie jusqu'au périnée et nous sommes obligé d'aller à sa recherche par voie de dissection, en prolongeant notre incision périnéale. Lorsque la perméabilité est établie, nous introduisons par la vessie d'une part, par le méat d'autre part, les deux moitiés d'un mandrin conducteur en baleine, nous réunissons les pas de vis de ce mandrin dans la plaie périnéale et nous glissons sur lui une sonde ouverte par les deux bouts que nous laisserons à demeure. — L'opération terminée, nous suturons les deux tiers supérieurs de la plaie hypogastrique et la plaie périnéale à l'aide de six fils métalliques pour la première, de huit pour la seconde. Glace sur le ventre. Décubitus dorsal avec élévation du tronc et de la tête de façon à ce que le bassin soit dans une position déclive. La sonde vésicale reste débouchée.

29. — Le malade a bien reposé dans la nuit, mais dans les premières heures qui ont suivi l'opération, il a été agité. Injection sous-cutanée de morphine qui ramène le calme. Nous enlevons les pinces de la plaie périnéale. Pas d'hémorrhagie. Lavages phéniqués. On laisse la glace sur le ventre.

30 *janvier*. — Jusqu'à présent le malade n'a pas encore eu de fièvre. T. 37°,5. — Bouillon. Lait. Potages. Nouveau pansement. Glace sur le ventre en permanence.

1er *février*. — Le malade se plaint d'oppression : râles de bronchite des deux côtés de la poitrine. Météorisme abdominal. Ventouses sèches au devant de la poitrine. Lavement purgatif.

2. — Le malade a été abondamment à la selle, et se sent soulagé de ce côté : mais l'oppression persiste, malgré les ventouses. Renouvellement du pansement.

4. — L'oppression du malade a bien diminué, et il se plaint moins du ventre. La nuit a été bonne. T. 37,°5.

5. — Rougeur des bords de la plaie abdominale. Infiltration œdémateuse de la peau des bourses, de la verge et de la région hypogastrique. — Lavages répétés des sondes antérieure et postérieure. Pansement relevant les bourses.

8. — L'empâtement des bords de la plaie a bien diminué. La plaie périnéale est en bonne voie, le malade se trouve mieux, respire

plus aisément et accuse un peu d'appétit. Cessation de la glace.

14. — Après avoir introduit un long conducteur dans le trajet des sondes antérieure et postérieure, on retire ces deux sondes, et on en place une grosse dont une extrémité sort par la plaie abdominale et l'autre par la verge : les deux bouts de cette sonde sont maintenus par un fil de soie. État général du malade bien meilleur.

15. — Continuation des lavages phéniqués dans la sonde et dans la plaie hypogastrique. Malgré un peu d'empâtement des bords de la plaie, celle-ci est dans un état assez satisfaisant.

18. — On change la sonde et on fixe bien son extrémité antérieure autour de la verge, de sorte que son extrémité postérieure repose dans la vessie. Le malade ressent depuis plusieurs jours les envies d'uriner, sensation qu'il n'éprouvait pas antérieurement.

19. — Au moment où nous faisons le pansement le malade dit avoir envie subitement d'uriner et pousse : rien ne sort par la sonde, c'est-à-dire par l'urèthre. Le malade n'a plus envie d'uriner et se sent soulagé.

20. — Durant les jours suivants, même phénomène. Le malade a de temps à autre envie d'uriner, vide évidemment sa vessie, mais pas une goutte de liquide ne sort par le canal.

25. — L'état général se maintient assez bon : le malade mange, boit, fume et lit : par instants cependant une grande prostration. Selles normales. Respiration régulière.

27. — Abattement moral. — Irrigations fréquentes dans la vessie. Potion de Todd avec extrait de quinquina 6 grammes. Bagnols. Lait.

28. — Rien de spécial dans l'état du malade qui se plaint seulement d'une grande faiblesse des membres inférieurs. Pas de frisson : pas de fièvre.

1er *mars*. — Subitement l'état général s'aggrave : le facies est contracté, la physionomie très décomposée, l'œil terne. Pouls rapide et petit, respiration courte et fréquente. Le malade n'a toujours pas uriné par le canal : odeur urineuse très prononcée.

3. — Mort dans la soirée.

Autopsie. — Vessie à peine reconnaissable : ce n'est plus qu'une petite masse grisâtre et gangrenée, qui ne la rappelle que par sa position. La cavité de Retzius est remplie d'un magma grisâtre, mélange de pus, d'urine et de lambeaux de tissu cellulaire : de chaque côté, en disséquant méthodiquement, on arrive sur de vastes foyers gangreneux se prolongeant jusqu'au tiers supérieur de chacune des cuisses. L'infiltration a pénétré par le pli de l'aine et est descendue dans la région crurale antérieure : mortification de toute la partie en contact avec l'infiltration. Les muscles sont disséqués, et les lambeaux de tissu cellulaire baignent dans ce mélange de pus et d'urine; chose étonnante, la peau n'est pas mortifiée, et l'on

ne voit pas là ces plaques noirâtres, indices de l'infiltration et révélant la mortification des organes profonds. — *Poumons* : adhérences de la plèvre droite, et congestion moyenne de la base du poumon gauche. — *Cœur* : rempli de caillots cruoriques. — *Rate* : diffluente au possible, et augmentée de volume. — *Reins* : d'un volume normal plutôt congestionné. — *Foie* : de volume et de consistance normale, ne présente aucune altération appréciable.

Obs. DCCCXLII. — *Fistule uréthro-périnéale, consécutive à l'ouverture d'un abcès urineux. Rétrécissement et oblitération dans la portion bulbaire de l'urèthre. Uréthrotomie externe. Restauration du canal.* — Bedenne (Jean-François), cinquante-quatre ans, gardien de la paix, entre le 9 novembre 1881, n° 1, salle Sainte-Marthe. Forte constitution. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou vénériens. Il y a douze ans il reçut dans la région périnéale un coup de pied à la suite duquel se manifestèrent des symptômes de rétrécissement de l'urèthre : jet filiforme, en vrille, sans force, écoulement d'urine goutte à goutte, après la miction. Un an plus tard, à la suite de phénomènes d'inflammation chronique, un abcès urineux se développa dans la région périnéale et fut ouvert par le bistouri. Cet abcès resta fistuleux. Dans les premiers temps, le malade rendait une partie de l'urine par la fistule, et le reste par le méat. Plus tard la miction s'effectua exclusivement par l'orifice fistuleux. Il se fait un écoulement continu involontaire, peu abondant et au moment du besoin le malade vide volontairement sa vessie par cette voie.

État actuel. — Immédiatement en arrière de la racine des bourses, on voit dans la région périnéale une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, au centre de laquelle s'ouvre une fistule laissant continuellement suinter de l'urine et du pus. Une seconde fistule plus petite que la précédente s'observe au-dessous et à droite de la première. La peau qui recouvre la tuméfaction offre une teinte bistrée qui devient violacée au pourtour des orifices fistuleux. Au toucher la tuméfaction est lardacée. La fistule principale conduit directement dans la vessie, elle admet une sonde n° 16. Le malade a l'habitude de se sonder par cette voie. La fistulette se porte vers la racine des bourses et se termine par un cul-de-sac, après un trajet de 5 centimètres. Elle admet avec peine la sonde cannelée. Par le méat on introduit facilement une sonde n° 18, mais en arrivant à l'union des portions spongieuses et membraneuses, on reconnaît que le canal se rétrécit insensiblement en infundibulum qui empêche cette sonde de sortir par la fistule, pour aboutir à une obstruction complète. Si l'on substitue à la sonde le mandrin conducteur de l'uréthrotome, ou une longue sonde cannelée construite sur nos indications pour explorer les trajets profonds, pendant que des aides écartent à droite et à gauche chaque moitié du scrotum, on voit très nettement, sur le raphé médian, le point

où se termine le canal et l'on constate que ce point est distant de 2 centimètres de l'orifice fistuleux. Cet espace mesure donc l'étendue de l'obstruction du canal. A part ces désordres, l'état du malade est satisfaisant : viscères thoraciques et abdominaux sains.

19 *novembre.*—Chloroforme. Le malade étant couché dans la position de la taille, après avoir introduit une sonde en gomme dans la vessie par la fistule et notre sonde cannelée dans la portion pénienne de l'urèthre, nous faisons l'uréthrotomie externe avec le bistouri. Pour cela nous incisons les tissus couche par couche au niveau de l'obstruction de manière à rétablir la continuité du canal. Nous rencontrons à ce niveau un tissu inodulaire très dense, que nous franchissons. Nous incisons alors, sur la sonde cannelée, la tumeur périnéale et nous tombons dans un cloaque dont les parois, organisées, se continuent avec la peau par le trajet fistuleux. Ce cloaque présente plusieurs diverticules, en clapiers, qui sont le point de départ de fistulettes se portant les unes vers la vessie, les autres vers les bourses. Nous excisons avec soin les parois organisées du cloaque, nous incisons les fistules de façon à ne laisser aucune anfractuosité. Ceci fait, nous introduisons, d'une part, un mandrin conducteur par le méat, d'autre part, une tige de baleine, dans la vessie, par la plaie périnéale, et après les avoir vissés ensemble, nous glissons, sur cette tige conductrice, une sonde en gomme qui restera à demeure et que l'on fermera à volonté avec un fausset. Suture périnéale : drain presque filiforme. — Pansement phéniqué.

23. — Symptômes d'infiltration d'urine dans le scrotum.

24. — Réunion en bonne voie, mais fièvre : T. 39°, et gangrène du scrotum. — Longue incision : issue d'un liquide à odeur urineuse. Lavages phéniqués.

25. — Phlébite du mollet : arthrite purulente du genou et du poignet. La fièvre persiste.

25. — Dyspnée intense semblant indiquer une embolie pulmonaire. Mort à 6 heures du soir. — L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. DCCCXLIII. — *Infiltration d'urine. Incisions multiples. Guérison.* — Leliertel (Ernest), quarante-trois ans, mécanicien, entre le 17 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 30. Ce malade contracta une première blennorrhagie en 1859 : elle dura six mois et fut traitée par des injections de nitrate d'argent. En 1861, deuxième blennorrhagie de peu de durée. Depuis 1865, difficulté à uriner, qui augmente insensiblement. En 1868, le malade entre dans un hôpital, où il reste six mois. On lui dilate le canal à l'aide de bougies. En sortant il urinait assez bien.

En 1873, on lui fait l'uréthrotomie interne. Après cette opération, le malade ne continue pas à se sonder, et trois mois après il était dans le même état qu'auparavant. Depuis une douzaine de jours cet état a

encore empiré ; il n'urine plus que goutte à goutte et à chaque instant. Hier, en faisant un effort pour uriner, il a éprouvé tout à coup un sentiment de cuisson douloureuse au périnée, puis le pénis a enflé de suite, sur la face dorsale, et l'enflure a augmenté rapidement.

État actuel. — La verge est le siège d'un œdème considérable ; le prépuce recouvre le gland, et présente une plaque irrégulière, d'un rose foncé, du volume d'une pièce d'un franc. La région périnéale est tendue et très douloureuse, le malade ne peut faire un mouvement sans y ressentir des élancements. Rétention d'urine absolue. Nous faisons au périnée, au niveau du point le plus saillant, une incision profonde, allant jusqu'à l'urèthre et par laquelle nous introduisons jusque dans la vessie une sonde n° 12. Nous pratiquons sur le prépuce et sur la verge de nombreuses scarifications.

19 *mai.* — Amélioration notable : l'œdème est moins dur, la douleur a disparu, toutefois, au prépuce, la plaque rose a pris une teinte d'un gris violet, et s'est étendue notablement.

23. — Cette plaque sphacélée commence à se détacher : l'œdème a disparu.

26. — Bougie n° 4. — 27. Bougie n° 5. Bains sulfureux.

4 *juin.* — Hier on a passé le n° 7 : ce matin le malade est pris de dyspnée avec toux : il accuse en outre un léger point de côté : à l'auscultation nous trouvons en arrière et à droite du poumon un souffle pleurétique remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate : égophonie, matité. — Vésicatoire.

7. — La dyspnée et la toux sont moindres.

18. — L'épanchement a disparu.

19. — Nous passons le n° 7. L'urine sort très bien par le méat ; il en coule très peu par l'incision périnéale, qui est en grande partie cicatrisée.

22. — N° 8. — Le soir, vomissements. — Eau de seltz.

23. — Les vomissements continuent. Teinture de noix vomique : trente gouttes.

25. — Les vomissements sont arrêtés. Passage du n° 8.

26. — Bougie n° 9. Bains sulfureux.

7 *juillet.* — Passage du 16. Le malade demande à sortir. Il doit se sonder tous les jours. Il est en état de reprendre son travail.

D. — Testicule et ses enveloppes. Cordon spermatique.

Sur nos deux cas d'hématocèle pariétale la première était tellement volumineuse, que nous avons dû pratiquer l'incision et le lavage de la poche ; le malade a bien guéri ; chez le second, la résorption a été obtenue.

L'observation DCCCXLIX est intéressante au point de vue du diagnostic, de la symptomatologie et du traitement. Au point de vue du diagnostic, la forme de la tumeur, sa disposition par rapport au bassin, au trajet inguinal et au scrotum, aurait pu faire penser à une hernie inguino-scrotale, si les antécédents du malade, l'absence des troubles herniaires et les autres caractères de la tumeur n'avaient écarté cette idée. Le diagnostic se trouvait rapidement circonscrit entre les diverses affections du testicule et de ses annexes. Le malade avait été traité à deux reprises différentes pour une hydrocèle vaginale et les ponctions faites à ces époques avaient confirmé l'exactitude du diagnostic. Mais les caractères actuels de la tumeur ne permettaient plus d'être aussi affirmatifs; le défaut de transparence, les modifications de forme et de consistance, les douleurs névralgiques intolérables concordaient peu avec l'idée d'un simple épanchement séreux. Tout en constatant la présence d'un épanchement, nous devions donc nous demander s'il n'était pas hématique ou s'il n'était pas symptomatique de quelque lésion grave de la vaginale ou du testicule. Or, un examen attentif rendait douteuse la supposition d'une affection du testicule. L'orchite chronique se rattache le plus ordinairement à une uréthrite que nous ne retrouvions pas dans les antécédents de notre malade, elle se localise à l'épididyme et ne s'accompagne jamais d'un épanchement aussi abondant. Les tubercules de cet organe se caractérisent par des nodosités épididymaires, funiculaires ou prostatiques qui n'existaient pas; de plus, ils aboutissent aux abcès et aux fistules en un laps de temps plus rapide que ne le comportait la longue durée de l'affection. Le sarcocèle syphilitique est ultérieur à des accidents que nous n'avions aucune raison de supposer, il cède au traitement ioduré, alors que l'iodure de potassium n'avait produit que des résultats insignifiants chez notre malade, sans parler de ses caractères tout différents de ceux que nous observions. L'idée d'un sarcome ou d'un cancer s'alliait mal avec une période d'évolution de dix ans, l'absence d'ulcération et d'infection ganglionnaire. Pour toutes ces raisons, nous nous trouvions

conduits à penser à une affection de la vaginale, caractérisée par de l'inflammation hypertrophique et un épanchement abondant. Quant à préciser la nature exacte des désordres, nous ne pouvions y songer sans pratiquer la ponction ou l'incision exploratrice. Nous donnions la préférence à cette dernière, en raison de l'insistance du malade et de son médecin, découragés tous deux et réclamant une opération radicale. On a vu que celle-ci nous révéla l'existence d'une vaste poche à prolongement pelvien, avec hypertrophie et production de tissu fibro-cartilagineux. Pour comprendre la disposition affectée par la tumeur, il importe de se rappeler le mode de développement et la migration du testicule. A une certaine époque, la séreuse péritonéale communique avec la vaginale et l'oblitération du trajet inguinal ne s'effectue que plus tard. Dans certains cas, la perméabilité de ce canal persiste et, lorsqu'un épanchement se produit, il est réductible. Dans d'autres cas, comme le nôtre, la délimitation entre les deux séreuses s'établit nettement, mais le prolongement inguinal communique avec la cavité vaginale et l'épanchement offre les caractères que nous avons observés. Un autre fait qui mérite de fixer l'attention est la forme névralgique des douleurs accusées par le malade, peu en rapport avec la légèreté des lésions du testicule et de l'épididyme. On ne saurait expliquer ce phénomène que par la compression exercée sur ces organes. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'orchite aiguë avec épanchement vaginal. Mais une différence capitale entre ces deux états est que, dans le cas d'orchite, l'évacuation du liquide, par la ponction, fait cesser la compression et calme rapidement les douleurs, tandis que chez notre malade ce mode de traitement serait resté inefficace; la compression étant produite non seulement par le liquide, mais surtout par la rigidité de la vaginale altérée dans sa structure.

Comme toujours, nous avons de nombreuses observations d'hydrocèle dont un certain nombre de doubles (de DCCCLXIX à DCCCLXXII). — Dans l'observation DCCCLXIX signalons l'heureuse influence de l'hydrocèle injectée sur sa

congénère qui a diminué dans de larges proportions. L'injection iodée au tiers a été notre traitement habituel.

L'observation DCCCLXXXVI est intéressante, car on ne trouve pas moins de trois lésions réunies dans une région très limitée : une hernie inguinale, deux kystes à spermatozoaires, placés côte à côte, et en bas un petit lipome. Comme on peut le supposer, le diagnostic était épineux; non pas tant celui de la hernie, dont les caractères différentiels étaient fort précis, que celui des deux kystes. En effet, la palpation donnait bien la sensation de deux tumeurs liquides, et la peau blanc jaunâtre semblait indiquer une transparence certaine; eh bien, il n'en était rien et c'était simplement translucide. A vrai dire, ce caractère négatif avait une valeur réelle, car il indiquait un liquide louche, tel qu'est celui des kystes spermatiques. La ponction seule pouvait affirmer le diagnostic, ce qu'elle fit : c'était bien deux kystes à spermatozoaires. Le malade ayant repris trop tôt ses occupations, il survint une inflammation de ces cavités, inflammation en quelque sorte bienfaisante, car elle en amena l'oblitération.

Nous avons six observations de syphilis testiculaire, surtout sous la forme d'orchite syphilitique ; dans tous ces cas l'iodure de potassium a fait merveille.

Viennent ensuite de nombreux cas de tuberculose testiculaire, parmi lesquels signalons les observations DCCCXCV et DCCCXCVI, dont les points les plus intéressants sont les suivants. Dans les deux cas il s'agit de tuberculose primitive des glandes séminifères : les vésicules séminales, la prostate et les autres organes étaient encore indemnes. Chez les deux malades, l'affection a présenté les débuts d'une orchite aiguë franchement inflammatoire, avec douleurs névralgiques. Ce mode de début, bien connu aujourd'hui, n'est pas le plus fréquent et il est curieux de le rencontrer simultanément chez deux malades opérés le même jour. Au point de vue du siège des lésions, les cas sont différents. Dans l'un il s'agit d'un vaste foyer tuberculeux, unique, du testicule; dans l'autre, il existe plusieurs foyers isolés sous forme de noyaux épididymaires et funiculaires, le testicule est sain; quant au

diagnostic il ne présentait, au moment où les malades vinrent dans notre service, aucune difficulté. L'existence de fistules scrotales reliées à la glande par des cordons fibreux, l'issue d'un pus caséeux, la présence d'une grande caverne chez l'un, de plusieurs noyaux indurés ou ramollis chez l'autre, ne permettaient aucune hésitation. Quant au traitement, il devait varier en raison de la différence des lésions. Chez l'un des malades la presque totalité du testicule et de l'épididyme était remplacée par une caverne, les tuniques du testicule et du scrotum étaient complètement dégénérées, il était donc impossible de songer à faire de la chirurgie conservatrice. L'ablation complète des tissus malades était impérieusement indiquée. D'ailleurs, la considération d'âge n'aurait pu nous arrêter, le malade ayant soixante-six ans.

Chez l'autre sujet, les lésions étaient isolées et bien limitées, le testicule était sain, les tuniques scrotales avaient conservé leur indépendance, nous essayâmes de faire de la chirurgie conservatrice en nous contentant de faire le curage des foyers morbides. Non pas que nous espérions conserver au malade un organe utile, mais désireux que nous étions de ménager au moins les formes, à un âge où les considérations de cette nature ont leur importance.

Un seul cas de sarcome du testicule. Cette observation (CMV) est intéressante à plusieurs titres. Le diagnostic était rendu difficile par les caractères de la tumeur composée d'une portion liquide et d'une portion solide et s'il était possible d'éliminer certaines tumeurs à caractères bien définis, telles que l'hydrocèle simple, l'hématocèle traumatique, le sarcocèle syphilitique, le testicule tuberculeux, l'enchondrome, il était moins aisé d'établir si l'on avait affaire à une variété de kyste du testicule, à une hématocèle spontanée, à un sarcome ou à un carcinome kystique. Toutefois certaines considérations permettaient de limiter davantage la question. La longue durée de l'évolution ne concordait guère avec l'idée d'une tumeur carcinomateuse et, d'autre part, l'adhérence de la masse morbide aux tuniques du scrotum et à la peau n'autorisait pas à s'arrêter à la pensée d'une tumeur bénigne

comme le serait un kyste. Le diagnostic restait donc partagé entre une hématocèle spontanée enflammée et un sarcome kystique, encore la marche lente et progressive du processus, la consistance de la portion solide, le volume de la masse liquide, l'existence de végétations fongueuses herniées dans le kyste portaient-ils à penser de préférence à ce dernier. La ponction exploratrice aurait pu, comme d'habitude, être d'un grand secours : mais elle n'eût rendu que peu de services, l'ablation de la tumeur étant formellement indiquée, en raison du volume, du poids et de la dégénérescence complète de la glande testiculaire. L'opération démontra qu'il s'agissait bien d'un sarcome kystique à différents degrés de développement, mais avec cette particularité remarquable que la portion solide envoyait dans le kyste des prolongements fongueux, analogues à ceux qui se produisent lorsque les tumeurs sarcomateuses sont ulcérées.

Obs. DCCCXLIV. — *Hématocèle du scrotum. Incision avec le bistouri. Drainage et lavages phéniqués. Guérison.* — Begon (Antoine), trente-six ans, concierge, entre le 1er décembre 1880 au n° 31 de la salle Sainte-Marthe. Il porte une tumeur de la moitié gauche du scrotum. Cette tumeur a débuté il y a environ sept semaines, à la suite d'un froissement sur une chaise. Tout d'abord il éprouva une petite douleur qui au bout de vingt minutes avait complètement disparu. Ce ne fut que huit jours plus tard qu'il s'aperçut d'une grosseur au niveau des bourses du côté gauche. En même temps il remarqua que la peau avait une teinte rouge foncé. Gêne très grande pendant la marche ; tiraillements dans les lombes et le long du cordon ; parfois douleurs lancinantes.

A son entrée. — On trouve à la partie gauche du scrotum une tumeur ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas, du volume d'une grosse poire. La peau à la surface est d'un rouge très foncé et cette teinte remonte jusqu'au pubis. La tumeur présente au toucher de petites bosselures irrégulières, elle est dure à sa partie supérieure, d'une consistance rappelant celle des lipômes à sa partie inférieure. La peau lui adhère fortement. Douleur à la pression. A la partie la plus déclive, on sent le testicule qui est parfaitement isolé et mobile. Aucune transparence : pas de signes d'inflammation. — Incision longitudinale de 4 centimètres. Écoulement d'un liquide noirâtre et de caillots de sang plus noirs encore. Quelques gaz fétides s'échappent par la plaie. Un tube entouré d'une mèche de charpie est

introduit entre les bords de l'incision pour faciliter l'issue des liquides et permettre des lavages avec l'eau phéniquée.

7 *décembre*. — Le malade souffre peu ; il n'a eu de fièvre que les deux premiers jours qui ont suivi l'opération. La plaie est de bonne nature; le pus sort facilement.

11. — On enlève le tube pour le remplacer par un autre de plus fort calibre et l'on supprime la charpie. Le pus est mal lié, verdâtre. Injections avec l'eau phéniquée au quarantième.

17. — Au voisinage de la plaie on remarque une teinte rouge érysipélateuse. Le malade n'a pas eu de frisson, pas de fièvre. La poche continue à se vider. — Compresses d'eau de sureau.

28. — Le tube ayant été enlevé pendant quelques jours, et les bords de la plaie rapprochés avec des bandelettes de collodion, il se produit une inflammation par rétention. A la visite, nous replaçons immédiatement le tube après avoir enlevé les bandelettes.

10 *janvier*. — La guérison marche rapidement, il s'écoule peu de pus par le tube et la plaie se cicatrise.

4 *février*. — La guérison est presque complète, on enlève le tube. Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. DCCCXLV. — *Hématocèle du scrotum à la suite d'un coup de pied. Compresses d'eau blanche. Guérison rapide.* — Roger (Adrien), cinquante ans, tailleur de pierre, entre le 7 juillet 1882, au n° 29 de la salle Sainte-Marthe. La veille, il a reçu dans les bourses un coup de pied d'un de ses camarades. Pas de perte de connaissance. Immédiatement, douleur très vive dans le scrotum s'irradiant le long du cordon et jusque dans les lombes. Une heure environ après le coup, le scrotum a augmenté de volume et a pris une teinte rouge violacée.

A son entrée. — On constate une ecchymose de tout le scrotum. La couleur de la peau est comparable à de l'encre violette. Les bourses ont une forme globuleuse et mesurent dans leur partie la plus grosse 30 centimètres de circonférence. Au repos le malade ne souffre pas.

Au toucher, on reconnaît que le testicule est normal. En avant d'eux, la tumeur a une consistance pâteuse, non fluctuante. La pression éveille quelques douleurs. Rien du côté du cordon spermatique.

La teinte ecchymotique de la peau du scrotum remonte sur la racine de la verge sur une étendue de près de 2 centimètres. — Bourses dans l'élévation et compresses d'eau blanche. Seizième jour, guérison complète. — Exeat.

Obs. DCCCXLVI. — *Hématocèle traumatique du scrotum. Compresses résolutives. Guérison.* — Levang (Joseph), trente-neuf ans, charretier, entre le 27 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 76. Sujet robuste, sans antécédents héréditaires ou pathologiques, à part une blennorrhagie à l'âge de vingt-quatre ans, avec orchite consécutive. Il y a deux jours, il a reçu un coup de pied de cheval sur la région des bourses ;

douleurs vives ; a pu néanmoins continuer son travail le restant de la journée. La nuit, il peut dormir comme à l'ordinaire. A son lever, il s'aperçoit que toute la peau des bourses présente une coloration violette. La marche lui occasionne des douleurs ; malgré cela, il se rend à son travail, mais les douleurs s'exagérant, il rentre chez lui et s'étend sur un lit.

Etat actuel. — Peau des bourses tendue, lisse, et présentant une coloration violette foncée. L'ecchymose occupe tout le scrotum et remonte sur la verge dans une étendue de 2 centimètres. Du côté de la cuisse, il n'y a rien ; elle est parfaitement limitée au pli génito-crural. La tumeur est molle, non transparente. Le testicule semble parfaitement sain. La palpation est peu douloureuse. — Les bourses sont maintenues dans l'élévation. Compresses d'eau blanche.

5 *avril.* — Guérison presque complète. Sortie.

Obs. DCCCXLVII. — *Anthrax du scrotum. Guérison.* — Angevin (Eusèbe), cinquante-trois ans, boulanger, entre le 28 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Assez bonne santé habituelle. Pas de maladies sérieuses antérieures. Le 20 juillet, ce malade éprouve, sans cause appréciable, une sensation de tension douloureuse et de chaleur au niveau du scrotum. Le lendemain, celui-ci augmentait de volume, et devenait manifestement douloureux. Puis les jours suivants, la douleur devient de plus en plus forte, en même temps que la tuméfaction devenait plus dure et plus volumineuse. — Cataplasmes.

Etat actuel. — Le scrotum, du côté gauche surtout, est rouge, tendu, volumineux, empâté ; on sent difficilement le testicule, et celui-ci paraît adhérer à la peau. Au milieu de la rougeur et de l'induration diffuse des bourses existent trois pertes de substances dont le fond est le siège d'un bourbillon qui se détache difficilement. On croirait au premier abord avoir affaire à un testicule tuberculeux en train d'éliminer ses tubercules. La douleur est toujours très vive. Rien dans les urines. — Cataplasmes arrosés d'huile phéniquée au centième.

1er *août.* — Les bourbillons s'éliminent lentement. Bains.

6. — La tuméfaction commence à diminuer.

7. — Détersion des ulcérations. Pansement au vin aromatique.

Les jours suivants, la cicatrisation s'effectue rapidement, en même temps que la tuméfaction diminue. — 11 août : guérison. Exeat.

Obs. DCCCXLVIII. — *Vaginalite. Traitement par les émollients. Guérison.* — Willams (Charles), trente et un ans, maçon, entre le 26 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. Très bonne santé habituelle, pas de maladies antérieures. Hernie inguinale droite depuis quatre mois, descendant un peu dans le scrotum ; jamais de bandage. Depuis quelques jours, le malade sent son testicule légèrement douloureux, et constate qu'il a augmenté de volume.

État actuel. — Testicule droit manifestement plus volumineux que le gauche. La pression y est légèrement douloureuse; fluctuation, transparence. — Repos. Cataplasmes. Onguent napolitain.

27 *avril.* — Toute douleur a disparu.

29. — Diminution de l'épanchement. Pas de douleur.

30. — L'épanchement a presque disparu. — 1er *mai.* Exeat.

Obs. DCCCXLIX. — *Vaginalite chronique avec transformation fibro-cartilagineuse. Compression du testicule et de l'épididyme. Atrophie de ces organes. Castration.* — Fouchet (Jean), vingt-cinq ans, compositeur, entre le 15 juillet 1881, salle Saint-Augustin, n° 71. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Le malade nie tout antécédent syphilitique. Il y a dix ans, il remarqua que la moitié droite du scrotum devenait plus volumineuse que la gauche, en même temps il éprouva dans cette région des douleurs sourdes, contusives, continues, exagérées par la pression et la marche, irradiées sur le trajet du cordon. L'usage d'un suspensoir et l'emploi de pommades résolutives n'arrêtèrent pas l'évolution du mal. Il y a six ans, au moment du tirage au sort il fut réformé pour cette affection. En décembre 1880, le volume de la tumeur était tellement considérable que le malade se décida à entrer à l'hôpital, où l'on constata une hydrocèle de la tunique vaginale qui fut traitée par la ponction avec injection iodée. Peu à peu l'épanchement reparut. En mai 1881, on pratiqua de nouveau la ponction suivie d'injection iodée. La tumeur se reproduisit une troisième fois, en déterminant des douleurs intolérables. L'emploi de l'iodure de potassium à haute dose a été suivi de diminution de volume du scrotum, mais les douleurs s'accroissent de jour en jour, et sont devenues telles que le malade est décidé à mettre fin à ses jours, si on lui refuse une opération radicale.

État actuel. — La moitié droite du scrotum, le cordon et le canal inguinal du même côté sont le siège d'une tumeur, composée de deux portions : l'une inférieure, ovoïde, à grosse extrémité inférieure, occupe le scrotum dont elle reproduit la forme, et offre le volume du poing d'un adulte ; l'autre supérieure se continuant sans ligne de démarcation avec l'extrémité supérieure de la précédente, répond au cordon et au trajet inguinal ; sa forme est cylindrique et son diamètre transversal est de 4 centimètres. La peau lisse, unie, tendue, sans bosselures apparentes, ne présente ni changement de coloration, ni vascularisation anormale. Au toucher, elle est partout mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est molle, fluctuante dans toute son étendue, irréductible, sans transparence lorsqu'on l'examine dans l'obscurité, à la lumière artificielle. A part ces caractères généraux elle présente des particularités suivant les points où on l'examine. Dans le scrotum, on sent que la tunique vaginale est

épaissie, indurée et hypertrophiée surtout au-dessus, et en arrière de l'épididyme et du testicule qu'elle coiffe à la manière d'un casque. A ce niveau, elle offre une consistance fibro-cartilagineuse. Antérieurement, elle présente les mêmes altérations, mais à un degré moindre; elle est plus souple et permet d'apprécier l'état des organes qu'elle enveloppe. Le testicule et l'épididyme sont déformés, aplatis d'arrière en avant et de haut en bas, ils semblent atrophiés. En aucun point on ne sent de nodosités, d'irrégularités en forme de gouttelettes de cire. Les éléments du cordon paraissent dissociés, mais ont conservé leur forme et leur volume. On ne rencontre à côté d'eux dans leur trajet inguino-scrotal aucun organe étranger à la région. Rien dans les ganglions inguino-scrotaux. Rien du côté des vésicules séminales et de la prostate. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. Etat général satisfaisant.

16 *juillet* 1881. — Chloroforme. Incision : 100 grammes de sérosité jaunâtre, louche et floconneuse dans la vaginale. En introduisant l'index par cette voie dans celle-ci, nous reconnaissons que la poche remonte au delà de l'anneau supérieur du trajet inguinal, jusque dans la fosse iliaque sans communiquer toutefois avec la cavité péritonéale. Les lésions de la vaginale sont tellement prononcées que nous nous trouvons dans la nécessité d'enlever complètement cette membrane. Dans ce but nous incisons la paroi antérieure de la poche kystique, avec des ciseaux, jusqu'à l'anneau supérieur du trajet inguinal, ce qui nous permet de la disséquer de haut en bas. Elle est considérablement épaissie; l'inflammation chronique dont elle est le siège a établi des adhérences intimes entre elle et les autres tuniques, de sorte qu'il est difficile de l'isoler. La dissection terminée, nous plaçons deux pinces hémostatiques sur le cordon et nous coupons entre les deux, afin d'enlever, en même temps que la séreuse, l'épididyme et le testicule. — Tube à drainage. Suture. Pansement phéniqué.

Examen de la tumeur. — Sur une coupe : la tunique vaginale offre une épaisseur de 1 centimètre au niveau de l'épididyme; en ce point, elle est dure, crie sous le scalpel et présente l'aspect blanc bleuâtre d'un tissu fibro-cartilagineux. Le testicule et l'épididyme sont atrophiés, décolorés et en voie de sclérose. Le soir même, le malade présente une grande agitation. T. = 39°. P. = 110°. Chloral pour la nuit.

17. — Douleurs abdominales très vives surtout à droite et du côté du canal déférent dans son trajet pelvien. Subdélire. Facies de la péritonite. T. = 39° et 40°. P. = 110. La plaie est blafarde et laisse suinter un pus très fétide. Onctions mercurielles sur le ventre. Calomel à doses fractionnées.

18. — Même état. T. = 40°. P. = 120. Il est petit, misérable; face grippée. — Même traitement. Opium.

19. — Mort à une heure du soir. Opposition à l'autopsie.

Obs. DCCCL. — *Hydrocèle droite. Injection d'iode au tiers. Guérison.* — Guigot (Théodore), cinquante ans, monteur en bronze, entre le 28 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 72. Depuis dix-huit mois, la partie droite du scrotum a grossi, et aujourd'hui la tumeur a atteint le volume d'une tête de fœtus de six à sept mois. Elle n'est pas douloureuse, mais son poids fatigue beaucoup le malade. En l'examinant, on reconnaît qu'elle est parfaitement translucide. Elle offre une forme arrondie ou à peu près. Mesurée à sa partie moyenne, on trouve 22 centimètres de circonférence et 12 centimètres de longueur. La peau du scrotum de ce côté est rouge, tendue, luisante; on la dirait très amincie. Le testicule est refoulé en haut. Rien du côté du cordon. — Ponction avec le trocart ordinaire. On retire 45 grammes de liquide d'hydrocèle. Injection de teinture d'iode au tiers. On laisse du liquide dans la tumeur.

30 *septembre.* — Inflammation assez vive; le cordon du testicule est plus volumineux qu'à l'état ordinaire et très douloureux. Cette inflammation disparaît promptement; la tumeur diminue et le 10 octobre, la guérison est obtenue. Exeat.

Obs. DCCCLI. — *Hydrocèle droite. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Garnigon (Charles), cinquante ans, garçon de café, entre le 9 août 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Homme bien portant, sans antécédents syphilitiques avoués. Il y a dix-huit mois, sans cause connue, il a remarqué que son testicule droit était plus gros que l'autre. Il y a quatre mois, la tumeur a augmenté de volume et, depuis, n'a cessé d'évoluer. Elle n'est point douloureuse, mais est très gênante, surtout pendant la marche à cause de son poids.

La tumeur a, *aujourd'hui*, le volume d'une tête de fœtus de six mois. Elle a une forme ovoïde, à grosse extrémité dirigée en haut et occupe le côté droit. La peau du scrotum est rouge, lisse; les rides scrotales ont disparu. Au toucher, la tumeur est dure dans son tiers supérieur, fluctuante dans sa partie inférieure et mollasse dans sa portion moyenne; transparence; testicule en haut et en arrière.

11 *août.* — Ponction avec le trocart; écoulement de 130 grammes de liquide qui est bien le liquide des hydrocèles. Injection de teinture d'iode au tiers. — On maintient les bourses relevées.

La phlegmasie locale qui survient après l'injection disparaît au bout de neuf jours. — 20. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCCLII. — *Hydrocèle droite. Ponction. Injection de teinture d'iode. Guérison.* — Soret (François), cinquante et un ans, sertisseur, entre le 2 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 13. Sans cause connue, il a vu, il y a deux mois et demi, la portion droite du scro-

tum augmenter de volume. Jamais de douleurs, mais une certaine gêne depuis que la tumeur est devenue volumineuse. Elle a évolué lentement pendant les deux premiers mois, mais depuis quinze jours le développement a été plus rapide.

A son entrée. — Nous trouvons une tumeur occupant le côte droit des bourses, du volume d'un poing d'un adulte. Sa forme est celle d'une poire à grosse extrémité dirigée en bas. La circonférence mesure 15 centimètres ; dans son plus grand diamètre la mensuration donne 9 centimètres. La peau du scrotum est rouge, tendue, lisse. La pression ne détermine pas de douleurs. Transparence des plus nettes : testicule en haut et en arrière. — Ponction avec le trocart, issue du liquide ordinaire de l'hydrocèle. Injection iodée au tiers. — 21 juin. Guérison. Sortie.

Obs. DCCCLIII. — *Hydrocèle du côté droit. Injection de teinture d'iode au quart. Guérison.* — Dana (Joseph), cinquante-quatre ans, commissionnaire, entre le 18 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 78. Deux blennorrhagies : la première à l'âge de vingt-trois ans, la seconde à trente et un ans. Trois ans après cette dernière, rétrécissement guéri en deux mois par la dilatation progressive. Il y a deux mois, a remarqué, sans pouvoir en déterminer la cause, une augmentation de la partie droite du scrotum. Pas de gêne pendant la marche, aucune douleur, parfois seulement des tiraillements sur le trajet du cordon et au périnée.

Etat actuel. — La tumeur occupe le côté droit du scrotum et revêt la forme d'une poire aplatie ; son volume est celui du poing. La peau du scrotum est normale quant à sa couleur, mais la distension produite par la tumeur en a effacé les rides. La tumeur est régulière, fluctuante et l'on sent le testicule refoulé un peu en haut. Quant à la transparence, elle est très nette.

22 *janvier.* — Ponction avec le trocart. Injection d'eau et de teinture d'iode, au quart. — Le quinzième jour, guérison complète.

Obs. DCCCLIV. — *Hydrocèle vaginale du côté droit. Injection iodée. Guérison.* — Schmidt (Léonard), vingt-trois ans, entre le 11 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Le malade, toujours bien portant ordinairement, porte cependant les traces d'un rachitisme assez prononcé : scoliose vertébrale. Il y a trois mois, chute sur les genoux, mais le testicule n'a été nullement touché. Peu après apparut une tumeur scrotale.

Etat actuel. — Dans la moitié droite du scrotum, tumeur ovoïde du volume d'une grosse poire à grosse extrémité dirigée en bas : la peau est normale quant à la couleur et à la température, sa surface est unie et très régulière : transparence, mollesse et fluctuation par place.

15 *janvier.* — Ponction et injection iodée.

18. — Les phénomènes réactionnels se sont déjà produits assez intenses. — Cataplasmes.

20. — Gonflement moins considérable.

28. — La tumeur a bien diminué de volume : nous sentons parfaitement le testicule qui ne présente aucune altération appréciable; des bandelettes de diachylon sont appliquées autour du scrotum.

30. — Guérison. Va à Vincennes.

Obs. DCCCLV. — *Hydrocèle vaginale gauche. Ponction. Injection iodée. Guérison.* — Morand (Charles), cinquante-cinq ans, armurier, entre le 10 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 46. Il y a six ans, ce malade, jusque-là d'une bonne santé, s'aperçut que ses bourses augmentaient de volume sans toutefois déterminer de douleurs. A cette époque, il se fit ponctionner; après la ponction, on fit une injection de teinture d'iode. Depuis un an, la maladie s'est reproduite comme la première fois, elle marche lentement, sans douleur, déterminant une sensation de pesanteur plutôt pénible que douloureuse.

État actuel. — Signes classiques de l'hydrocèle vaginale : fluctuation, la transparence ne peut être plus évidente.

10 *août.* — Ponction suivie d'injection iodée laissée pendant trois minutes en place. Le testicule est absolument sain. Rien du côté de l'épididyme, qui ne présente ni tuméfaction ni induration.

11. — Réaction franchement inflammatoire qui, après être restée stationnaire jusqu'au 14 août, diminue les jours suivants, si bien que le 18 août le malade peut sortir absolument guéri.

Obs. DCCCLVI. — *Hydrocèle gauche. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Charles (Ernest), quarante et un ans, tailleur, entre le 5 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Depuis trois mois, il a remarqué, sans pouvoir en découvrir la cause, que le testicule du côté gauche augmentait de volume. Pendant les six premières semaines, le gonflement a augmenté lentement et graduellement; mais depuis la tumeur a évolué rapidement. En même temps, ce malade qui au début ne souffrait pas, a ressenti des douleurs le long du cordon, dans les lombes et même dans le ventre. Ces douleurs sont intermittentes, mais il est très gêné quand il marche à cause du poids de la tumeur. Santé générale parfaite.

État actuel. — La partie gauche du scrotum est beaucoup plus grosse que celle du côté opposé. La tumeur, d'une forme presque arrondie, légèrement fluctuante, transparente, offre les dimensions suivantes : la circonférence horizontale, à sa partie moyenne, est de 22 centimètres et la verticale de 11 centimètres. Les téguments à la surface de cette tumeur sont tendus, rouges, luisants : testicule à sa place normale.

8 *août.* — Ponction : issue de 120 grammes de liquide citrin. Injection de teinture d'iode au tiers, laissée trois minutes dans la poche.

23. — La guérison est complète. On remarque que le testicule est plus gros que son congénère.

Obs. DCCCLVII. —*Hydrocèle gauche. Ponction. Injection de teinture d'iode. Guérison.* — Legourdier (Henri), cinquante-neuf ans, monteur de galoches, entre le 5 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Depuis trois ans, il est affecté d'une hydrocèle qui est survenue sans cause appréciable. Au début, elle était peu volumineuse et grossissait lentement, mais depuis trois mois le développement a été rapide, et outre la gêne qu'il éprouvait depuis un certain temps, il survient maintenant des douleurs très vives le long du cordon inguinal et jusque dans le ventre.

État actuel. — Du côté gauche est une tumeur du volume d'une tête de fœtus de sept mois. Elle est piriforme plutôt qu'ovoïde, la grosse extrémité étant dirigée en haut. La peau à la surface est rouge et luisante. Les rides scrotales sont complètement effacées. La verge est rétractée et comme ratatinée. A la mensuration, nous trouvons, pour la circonférence à la partie moyenne, 24 centimètres, et 13 centimètres du sommet à la base. Translucidité parfaite. Le testicule est situé en haut et un peu en arrière. — Ponction : issue de 125 grammes de liquide citrin. Injection de teinture d'iode au tiers, laissée pendant deux minutes. — Guérison au bout de dix-sept jours, et le 28 septembre, sortie.

Obs. DCCCLVIII. — *Hydrocèle gauche. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Nourry (Édouard), cinquante et un ans, journalier, entre le 22 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 2. En janvier dernier, il a vu apparaître, sans causes connues, dans le scrotum, du côté gauche, une tumeur qui a évolué graduellement, mais d'une façon rapide. En effet, quand il s'en est aperçu, cette tumeur avait à peine le volume d'un œuf et aujourd'hui elle peut être comparée à une tête de fœtus de cinq mois.

Cet homme est un ancien marin qui a contracté plusieurs blennorrhagies traitées en Chine ou dans des climats chauds, et un chancre diagnostiqué chancre infectant par un médecin de marine. Quoi qu'il en soit, le malade affirme n'avoir jamais eu d'accidents consécutifs.

La tumeur scrotale n'est pas douloureuse, mais par son poids elle ne laisse pas d'être fort gênante surtout dans la station verticale et pendant la marche. Le malade éprouve alors des tiraillements dans les lombes et du côté de la région inguinale. La peau du scrotum est rouge foncé, tendue et paraît amincie. Translucidité des plus nettes. Le testicule est porté en haut et en arrière.

28 *mars.* — Ponction avec le trocart ordinaire. Injection iodée. Le liquide retiré est franchement celui des hydrocèles. Réaction inflammatoire légère, disparue au bout de cinq jours.

Guérison le vingt et unième jour, et le 19 avril, sortie.

Obs. DCCCLIX. — *Hydrocèle vaginale gauche. Ponction et injection iodée. Guérison.* — Marchand (Elie), cinquante-quatre ans, maçon, entre le 5 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Cet homme est habituellement bien portant. Depuis une quinzaine d'années, il tousse presque constamment, surtout pendant l'hiver, et à l'auscultation de la poitrine, on constate de l'emphysème et des signes de bronchite chronique. Il n'a jamais eu de blennorrhagie ni de chancre. Il a eu onze enfants et, depuis cinq ans au moins, les désirs vénériens sont totalement abolis. Alcoolique. Il y a deux ans et demi qu'il s'est aperçu que le scrotum du côté gauche a augmenté de volume : l'évolution s'est faite progressivement et sans occasionner la moindre douleur.

État actuel. — On constate tous les signes d'une grosse hydrocèle, à contenu transparent, englobant le testicule qui de ce côté semble normal; mais son congénère est petit et même très atrophié.

7 *mai.* — Ponction avec le trocart ordinaire; issue de liquide citrin. Injection iodée au tiers. Le testicule de ce côté est bien normal comme on l'avait supposé.

Peu de réaction les jours suivants. — Exeat le 14.

Obs. DCCCLX. — *Hydrocèle gauche. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Patourel (Julien), cinquante-cinq ans, boulanger, entre le 8 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 31, homme vigoureux n'ayant jamais eu, affirme-t-il, de maladies vénériennes. Il y a dix-huit mois environ, a vu se développer, sans cause connue, une tumeur dans la portion gauche des bourses. Pendant les premiers mois la tumeur a peu grossi, mais, depuis un an, elle a acquis un développement qui inquiète le malade. La tumeur n'est pas douloureuse, mais elle est devenue fort gênante par son volume et par son poids. De temps à autre, douleur en ceinture et le long du trajet du cordon. Depuis que la tumeur est devenue volumineuse, le malade a remarqué que les désirs génésiques étaient extrêmement rares.

État actuel. — La tumeur occupe le côté gauche ; elle a le volume d'un gros œuf de dinde; elle est ovoïde, à grosse extrémité dirigée en haut. La peau du scrotum est rouge, tendue; les rides ont disparu. Transparence des plus nettes excepté en haut et en arrière où existe un point obscur dû au testicule. Pression douloureuse, mais pas de douleurs spontanées.

10 *septembre..* — Ponction, issue de 200 grammes de liquide citrin. Injection de teinture d'iode au tiers.

Réaction inflammatoire pendant six jours. — 27. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCCLXI. — *Hydrocèle du côté gauche. Ponction. Injection avec une solution étendue de nitrate d'argent. Guérison.* — Martin (Louis), quarante-trois ans, palefrenier, entre le 28 octobre 1882,

salle Saint-Augustin, n° 77. Bonne constitution. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ; deux blennorrhagies ; orchite consécutive à la seconde. Il y a treize mois, sans cause connue, il a vu se développer dans la moitié gauche du scrotum une tumeur qui pendant huit mois a évolué très lentement et qui ne lui occasionnait aucune gêne, aussi ne s'en est-il pas préoccupé. Il y a environ cinq mois, il était à cheval et l'animal s'étant cabré, il retomba lourdement sur la selle. Il n'éprouva aucune douleur, mais le lendemain, en se levant, il trouva que la tumeur était plus grosse et à partir de ce jour elle n'a cessé d'augmenter rapidement. En même temps elle est devenue gênante par son poids et le malade ressent des tiraillements douloureux, dans les lombes et dans les aines, quand il reste longtemps debout.

A son entrée. — On constate que la partie gauche du scrotum est très volumineuse. On peut comparer son volume à celui d'un gros poing. La peau est tendue, rouge, lisse. Pas de douleur quand le malade est couché. La tumeur a la configuration d'un œuf dont la grosse extrémité est dirigée en haut. On sent, à la partie supérieure, le testicule qui semble volumineux ; mais le malade nous dit qu'il est toujours resté gros depuis son orchite. Transparence très nette. — Ponction avec le trocart ordinaire. Issue de 260 grammes de liquide citrin. Injection dans la poche d'une solution étendue d'azotate d'argent. — 17 *novembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. DCCCLXII. — *Hydrocèle gauche. Ponction. Injection iodée. Guérison.* — Guérin (Louis), cinquante-trois ans, maçon, entre le 2 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Pas d'accidents syphilitiques. Une blennorrhagie à l'âge de dix-neuf ans. Toujours bien portant. La tumeur a été aperçue il y a quinze mois ; elle s'est développée lentement, mais depuis trois mois, elle a évolué plus rapidement. Elle siège du côté gauche et a le volume et la forme d'une poire de moyenne grosseur à grosse extrémité dirigée en haut. La peau est tendue, mais elle a conservé sa couleur normale. Le malade ne souffre pas, mais quand il est longtemps debout ou qu'il marche, la tumeur le gêne par son poids ; quelquefois il ressent des tiraillements dans le ventre et le long de la colonne lombaire.

La tumeur est fluctuante, non douloureuse à la pression, transparente dans ses deux tiers inférieurs, obscure dans le tiers supérieur. Par la palpation on sent bien un corps dur qui ne peut être autre chose que le testicule, mais qui ne donne pas au malade cette sensation particulière à cet organe. La tumeur mesure dans son plus grand diamètre 16 centimètres et demi. — Ponction. On retire 200 grammes de liquide. Injection de teinture d'iode au tiers.

Lorsque le liquide de l'hydrocèle est évacué, on palpe la partie supérieure qui n'était pas translucide, on trouve une dureté des dif-

férentes couches qui sont beaucoup plus épaisses aux parties moyenne et inférieure des bourses. — Exeat, le 15 mars 1881, complètement guéri.

Obs. DCCCLXIII. — *Hydrocèle du côté gauche. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Durand (François), vingt-cinq ans, pâtissier, entre le 7 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 9. Il y a sept mois, il a vu apparaître une tumeur dans le scrotum du côté gauche. Pendant cinq mois la tumeur ne l'a aucunement gêné, mais depuis six semaines il souffre pendant la marche, et même au repos il ressent des sortes d'élancements.

État actuel. — Tumeur de forme arrondie, ayant 20 centimètres sur 11.

La peau est rouge et tendue; pression douloureuse, transparence manifeste. — Ponction. On retire 120 grammes de liquide citrin. On injecte alors 40 grammes d'eau iodée et on laisse le liquide pendant plusieurs minutes.

Dans la journée et le lendemain, douleur à la pression; quant au volume de la tumeur, il est le même qu'avant l'opération. Repos.

10 *mars*. — La tumeur a diminué de volume : indolence.

15. — La tumeur a encore diminué. Le malade demande sa sortie.

Obs. DCCCLXIV. — *Hydrocèle gauche. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Leroux (Jules), cinquante-trois ans, employé de commerce, entre le 23 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. Homme bien portant; a vu depuis deux mois la partie gauche du scrotum grossir graduellement. Il ne se rappelle pas avoir reçu de coup. Il souffre peu, cependant parfois il éprouve le long du cordon et s'irradiant dans les lombes des douleurs assez violentes pour le forcer à suspendre son travail, qui l'oblige à faire de longues marches.

C'est surtout depuis quinze jours que la tumeur a augmenté. Auparavant elle avait le volume d'un œuf de dinde, aujourd'hui elle a atteint la grosseur d'une tête de fœtus de sept mois. Sa pesanteur gêne excessivement le malade malgré un suspensoir.

A son entrée. — Nous constatons du côté gauche du scrotum une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, présentant une forme ovoïde à grosse extrémité dirigée en haut et remontant presque jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. La peau du scrotum ne présente plus de rides, elle est rouge, tendue et luisante. La verge est rentrée pour ainsi dire, elle est très petite. La tumeur a une circonférence de 21 centimètres et une longueur de 17. Fluctuation; translucidité évidente. Le testicule occupe la partie supérieure de la tumeur. — Ponction à la partie déclive; issue d'un liquide ne différant en rien du liquide de l'hydrocèle. Injection de teinture d'iode au tiers.

Rien d'anormal, la guérison est obtenue le vingt-quatrième jour, et le 22 juillet, le malade quitte le service.

Obs. DCCCLXV. — *Hydrocèle gauche. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Caudet (Louis), cinquante ans, charpentier, entre le 3 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 13. Homme vigoureux, n'ayant jamais eu de maladies vénériennes, une fluxion de poitrine, puis bronchite à l'âge de trente ans ; il a remarqué, il y a dix-huit mois, que le côté gauche du scrotum était plus volumineux que celui du côté droit. Mais ne souffrant aucunement, il n'y porta guère attention. Depuis sept mois, la tumeur qui était restée à peu près stationnaire a rapidement augmenté de volume, est devenue fort gênante par les tiraillements qu'elle provoquait et surtout par son poids.

A son entrée. — Nous constatons une tumeur du volume du poing, ovoïde, à grosse extrémité dirigée en haut. La peau du scrotum est tendue, lisse, rouge foncé. La transparence est manifeste ; et, au milieu de cette translucidité, pas de point obscur : on ne se rend pas compte non plus par le toucher où peut être situé le testicule.

5 *novembre.* — Ponction. On retire 70 grammes de liquide, puis on injecte de l'eau iodée qu'on laisse dans la poche pendant dix minutes.

7. — Le scrotum présente une petite infiltration séreuse ; la peau est rouge : douleur à la pression.

10. — La tumeur a beaucoup diminué de volume.

15. — Le volume est encore moindre, on reconnaît que le testicule est plus gros que son congénère. — 22. — Le malade demande sa sortie.

Obs. DCCCLXVI. — *Hydrocèle du côté gauche. Injection iodée. Guérison.* — Cretel (René), trente-cinq ans, bijoutier, entre le 2 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 80. Il s'est aperçu depuis trois mois d'une augmentation de volume de la bourse gauche. Une chaudepisse, il y y a une dizaine d'années : aucun accident consécutif. La tumeur des bourses qui, au début, a marché lentement, a pris un accroissement considérable depuis douze jours.

Actuellement, la marche est devenue pénible et il éprouve des douleurs dans les lombes et dans le ventre.

La tumeur a le volume d'une tête de fœtus de quatre à cinq mois et la forme d'un œuf à grosse extrémité dirigée en haut. La peau du scrotum est rouge, tendue, luisante, parsemée de veines dilatées. Transparence manifeste. Testicule refoulé en haut et en arrière. Urines normales. — Ponction : issue de 225 grammes de liquide. Injection iodée. Scrotum maintenu dans l'élévation à l'aide d'une planchette. — 2 *mars.* — Sortie.

Obs. DCCCLXVII. — *Hydrocèle double. Injection de teinture d'iode. Guérison.* — Benoist (Henri), cinquante-sept ans, tabletier, entre le 31 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 33. Depuis dix-huit ans, cet homme est affecté d'une hydrocèle volumineuse à gauche, celle de droite a débuté il y a quinze mois. Cette dernière, transparente,

de forme arrondie, offre les dimensions suivantes : à la partie moyenne, la circonférence égale 15 centimètres, et du sommet à la base, 7 centimètres. La tumeur du côté gauche est un tiers plus grosse : elle est piriforme et transparente : elle mesure à sa partie moyenne 24 centimètres, et 12 du sommet à sa base. Le malade n'en souffre pas quand il est au repos, mais quand il fait une course, même peu longue, il ressent des tiraillements, dans les aines et dans les lombes, qui sont excessivement pénibles.

6 *janvier.* — Une ponction avec le trocart ordinaire est faite à la partie moyenne et antérieure de l'hydrocèle la plus volumineuse. 120 grammes de liquide sont retirés ; on injecte environ 40 grammes de teinture d'iode au tiers : et on laisse le liquide quelques minutes. Au moment de l'injection, le malade éprouve une douleur aiguë.

Les jours suivants, il survient une inflammation assez vive ; le cordon du testicule et en particulier le canal déférent sont douloureux au toucher. La peau du scrotum est rouge.

La tumeur diminue peu à peu ; et, le 29 janvier, le malade sort guéri.

Obs. DCCCLXVIII. — *Hydrocèle double. Ponction. Injection de teinture d'iode. Guérison.* — Bouret (Louis), cinquante-deux ans, marchand de vins, entre le 26 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 37. Assez bonne santé habituelle. Ce malade fait remonter à quatre ans le début de son affection. A cette époque, il s'aperçut par hasard que le testicule gauche était beaucoup plus volumineux que le droit. Il ne s'en préoccupa pas autrement. Le volume alla en augmentant peu à peu, sans produire jamais autre chose qu'un peu de pesanteur et de gêne. Pas de douleur. Depuis six mois, l'affection a marché plus rapidement, si bien que l'hydrocèle, au dire du malade, aurait doublé de volume. Le côté droit pendant ce temps est resté toujours beaucoup moins volumineux que le gauche.

A son entrée. — Signes classiques d'une hydrocèle double, surtout volumineuse à gauche. Des deux côtés, le testicule est placé en bas et en arrière. Il est difficile d'en déterminer la cause. Pas de syphilis, pas d'orchite antérieure, pas de traumatisme. Bonne santé générale, rien du côté des organes urinaires. Pas de hernies.

28 *juillet.* — Ponction de l'hydrocèle gauche sans faire d'injection. Elle se reproduit rapidement, si bien que le 16 août on est obligé de faire une nouvelle ponction, suivie d'une injection iodée qu'on laisse trois minutes en place. — Réaction inflammatoire franche qui disparaît au bout d'une dizaine de jours; et le 28 *août* : guérison. Exeat.

Obs. DCCCLXIX. — *Hydrocèle double. Ponction d'une seule hydrocèle, avec injection iodée. Résolution partielle de l'hydrocèle opposée.* — Hervé (Charles), serrurier, seize ans, entre le 6 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 4. Sujet lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé, et ne présente aucun signe de manifestation diathésique appré-

ciable. Pas de syphilis héréditaire. Seulement ses deux testicules ont sensiblement augmenté de volume depuis quelque temps. Ces deux tumeurs se sont développées sans cause connue.

État actuel. — De chaque côté, transparence, fluctuation manifeste dans les deux tumeurs : celle du côté gauche est un peu plus volumineuse que celle du côté droit. — Ponction de l'hydrocèle droite. Extraction d'un demi-verre de sérosité citrine. Injection iodée au tiers, 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Huit jours plus tard, l'hydrocèle du côté droit diminue sensiblement et, quelque temps après, il sort presque guéri des deux hydrocèles.

Obs. DCCCLXX. — *Hydrocèle double de la vaginale. Ponction avec injection iodée de l'hydrocèle droite. Guérison.* — Boulanger, quarante-cinq ans, cocher, entre le 16 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. D'une bonne santé habituelle; alcoolique. Il y a dix-huit mois, syphilis : traitement antisyphilitique bien suivi. Aujourd'hui, le malade entre pour une double hydrocèle, dont le début remonte à trois mois. Aucune cause appréciable. Le testicule gauche a commencé le premier à grossir; et il n'y a que quinze jours, au dire du malade, que le testicule droit est pris.

État actuel. — L'hydrocèle gauche a le volume des deux poings; et celle du côté droit d'une orange moyenne. Le malade ne ressent aucune douleur; c'est à peine si la gêne est appréciable.

18 *janvier.* — Ponction de l'hydrocèle gauche. Injection iodée. La ponction faite, nous constatons que le testicule est volumineux. iodure de potassium, 2 grammes par jour.

25. — Les phénomènes réactionnels se sont régulièrement produits, et au bout de quelques jours, toute trace d'inflammation a disparu. Exeat du malade sur sa demande, avec ordre de continuer le traitement antisyphilitique.

Obs. DCCCLXXI. — *Hydrocèle double. Injection iodée d'un seul côté.* — Charvet, quarante-cinq ans, marchand de futailles, entre le 15 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Le malade a toujours joui d'une excellente santé, et ne présente aucune trace de manifestation diathésique. Pas de syphilis. Porte une double hydrocèle, dont la cause est inconnue. L'hydrocèle du côté gauche remonte à dix-huit mois, tandis que celle du côté droit ne remonte qu'à douze mois. Développement lent et graduel des deux tumeurs, le malade ne ressent aucune gêne, aucune souffrance.

État actuel. — Du côté gauche, tumeur énorme, du volume de deux gros poings, rénitente, d'une transparence manifeste. Du côté droit, tumeur moitié moins volumineuse, moins dure, plus molle et plus dépressible : la fluctuation y est manifeste, de même que la transparence.

20 *février*. — Ponction de l'hydrocèle gauche ; issue de 600 grammes de liquide clair et séreux parfaitement limpide. Injection iodée. 2 grammes d'iodure de potassium.

22. — Les phénomènes réactionnels se sont produits rapidement chez ce malade : gonflement énorme du scrotum. — Cataplasmes.

24. — Application de bandelettes de diachylon en huit de chiffre, sur la tumeur afin de déterminer une compression méthodique en même temps que résolutive.

1er *mars*. — Heureux effet de la compression : la tumeur a beaucoup diminué de volume. La compression est maintenue. Toujours l'iodure de potassium. — 4. Exeat du malade sur sa demande.

Obs. DCCCLXXII. — *Hydrocèle double. Ponction. Injection de teinture d'iode au tiers. Guérison.* — Gomet (Michel), trente-six ans, serrurier, entre le 23 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2. Il y a neuf mois, il a remarqué que le testicule du côté droit était plus gros que son congénère. Environ quatre mois après, du côté gauche, se développait également une tumeur, mais comme cet homme ne souffrait aucunement il n'y fit que peu d'attention. Pendant plusieurs mois, le développement fut fort lent, et ce n'est que depuis cinq semaines que la progression a été rapide et que la marche à cause du poids de la tumeur est devenue pénible.

Etat actuel. — La tumeur du côté droit est transparente, de forme arrondie et offre les dimensions suivantes : à la partie moyenne, la circonférence égale 22 centimètres; de son sommet à la base, elle mesure 12 centimètres. Celle du côté gauche présente des dimensions moindres : circonférence 19 centimètres et demi : longueur 10 centimètres. Cette tumeur est moins ronde que sa voisine, elle est en forme de poire un peu aplatie d'avant en arrière, au lieu d'être régulièrement convexe comme dans les cas que l'on observe généralement. La transparence est très manifeste excepté en haut et un peu en arrière. Quand on presse en ce point, le malade n'accuse pas cette sensation que l'on éprouve quand on serre le testicule. La peau du scrotum est tendue et rougeâtre. Le 25 mai, à la partie inférieure et un peu antérieure de la tumeur, on fait une ponction avec un trocart ordinaire. Il s'écoule environ 40 grammes d'un liquide d'hydrocèle. On injecte alors de la teinture d'iode au tiers et on en laisse la plus grande partie dans la tumeur.

Le lendemain et pendant trois jours, il survient une inflammation assez vive; le cordon testiculaire est douloureux. Mais cette inflammation disparaît bientôt.

2 *juin*. — La tumeur qui, après l'injection, avait repris le volume qu'elle avait avant la ponction, commence à diminuer.

9. — Le volume de la tumeur est plus de moitié moindre.

15. — La guérison est à peu près complète. Exeat.

Obs. DCCCLXXIII. — *Hydro-hématocèle vaginale. Ponction.* — Weber (Jacques), soixante ans, journalier, entre le 14 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 6. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a sept mois, sans causes connues, la moitié droite du scrotum acquit en quelques jours le volume d'un gros œuf de dinde. Depuis, la tumeur a fait de nouveaux progrès sans déterminer d'autre gêne qu'une sensation de tiraillement due à son poids.

Etat actuel. — La moitié droite du scrotum est déformée par une tumeur régulièrement ovoïde à grosse extrémité inférieure du volume d'une grosse orange, à surface lisse. La peau, tendue et amincie, offre une teinte rosée due à sa distension. Pas d'œdème inflammatoire, pas de vascularisation anormale : les tuniques du scrotum sont mobiles à la surface de la tumeur. Pas de transparence à la lumière. La tumeur, fluctuante, offre la consistance des kystes modérément distendus, sauf à la partie inférieure et postérieure où l'on trouve la consistance spéciale du testicule normal : la pression exercée à ce niveau éveille la sensibilité propre à cet organe. La glande, l'épididyme et le cordon sont sains. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Etat général satisfaisant.

29 *avril.* — Pas d'anesthésie. Ponction avec un gros trocart. Issue de 125 grammes d'un liquide d'hydro-hématocèle.

5 *mai.* — Pas d'accidents consécutifs. Le malade sort sur sa demande.

Obs. DCCCLXXIV. — *Hématocèle de la tunique vaginale droite.* — Dupard (Adolphe), trente ans, couvreur, entre le 14 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 18. Syphilis, traitée au Midi, en 1879. Hydrocèle à droite ayant débuté il y a quatre ans. Ponction et injection d'alcool en janvier 1880 à l'hôpital du Midi : bientôt il a vu son testicule augmenter peu à peu de volume.

Etat actuel. — Masse piriforme à grosse extrémité tournée en haut, un peu aplatie transversalement. Sa face externe est dure et indolente à la palpation : sa face interne est au contraire manifestement fluctuante : à la partie inférieure de la tumeur est une masse allongée d'avant en arrière du volume du testicule et indolente à la pression. Pas de transparence.

27 *janvier.* — Une ponction avec un petit trocart sur la face interne de la tumeur laisse écouler 150 grammes de liquide chocolat. La poche s'affaisse à son côté interne et on sent qu'au côté externe la vaginale épaissie forme une coque dure. Le testicule et l'épididyme sont, à la partie inférieure, confondus en une seule masse : frottements très nets lorsqu'on imprime au testicule des mouvements de bas en haut. — Exeat du malade, qui refuse une intervention sanglante.

Obs. DCCCLXXV. — *Hématocèle traumatique de la tunique vaginale. Débridement. Evacuation des caillots.* — Simon (Alexis), quarante-huit ans, mouleur, entre le 15 novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. Il y a dix jours, il reçut un coup de pied dans le scrotum ; aussitôt après l'accident, tuméfaction considérable des bourses et ecchymose étendue au pli de l'aine et à la verge, douleurs très vives. Les jours suivants, la tumeur du scrotum s'est encore accrue, puis est restée stationnaire. Les douleurs ont disparu, les ecchymoses inguinale et pénienne ont suivi une marche régressive ; mais une tumeur persiste dans la moitié droite du scrotum et c'est pour cette raison que le malade demander à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La moitié droite du scrotum est déformée par une tumeur régulièrement ovoïde à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure, étendue de la partie la plus déclive des bourses à l'anneau inguinal. Elle offre le volume d'un gros œuf de dinde. La peau de cette moitié du scrotum et celle qui revêt le cordon sont minces, tendues, luisantes et offrent une coloration violacée, lie de vin. Les téguments du pli de l'aine et ceux de la verge ont encore une teinte jaunâtre. Au toucher on sent que la tunique vaginale est distendue par une collection qui offre à la fois une fausse fluctuation et de la crépitation sanguine ; le testicule est placé en bas et en arrière de l'épanchement. Les éléments du cordon sont de même entourés par des caillots. La tumeur est irréductible. Le trajet inguinal est libre. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Rien dans le scrotum du côté opposé. Etat général satisfaisant.

25 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous incisons verticalement toutes les tuniques du scrotum, jusqu'à la vaginale, pendant qu'un aide rétracte les téguments. Cette incision donne issue à environ 60 grammes de liquide séro-sanguin et à des caillots qui ont la coloration de la sépia. Drainage. Suture. Pansement à l'eau oxygénée.

27. — Pas de réaction fébrile. — Pansement à plat.

11 *décembre.* — On a enlevé les fils. Réunion par première intention ; état local excellent. — 28. Guérison. Sortie.

Obs. DCCCLXXVI. — *Hématocèle traumatique du cordon gauche. Incision. Guérison.* — Trouillet (Victor), trente-quatre ans, cartonnier, entre le 28 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. Excellente santé habituelle. Il y a un mois, ce malade, dans une rixe, reçoit un vigoureux coup de pied dans les parties. Il en résulta une douleur assez vive, qui lui permit toutefois de rentrer chez lui sans le secours de personne. Il ne garda pas le lit ; se reposa pendant deux jours puis reprit son état. Pendant une dizaine de jours, il maintint, sur les parties, des compresses d'eau blanche.

Etat actuel. — La bourse gauche est beaucoup plus volumineuse que la droite; elle est le siège d'une coloration violette : elle est un peu douloureuse spontanément; la pression détermine une douleur assez vive. Le testicule se sent nettement à la partie inférieure et postérieure : il n'est pas augmenté de volume.

1er *juillet.* — Après avoir fait une ponction avec le bistouri, au niveau de la partie moyenne et antérieure de la tumeur, nous faisons sortir, par pression, les caillots de sang qui remplissent la poche. Ceux-ci sortent très difficilement, si bien qu'à plusieurs reprises nous sommes obligé d'enfoncer de nouveau le bistouri dans la plaie et de sectionner les caillots ou les brides inflammatoires qui les retiennent. Repos au lit.

6. — Le malade demande à sortir. Il est absolument guéri.

Obs. DCCCLXXVII. — *Épididymite du côté droit. Cataplasmes. Guérison.* — Valin (Marie), vingt-trois ans, garçon boucher, entre le 2 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. Il y a deux mois, blennorrhagie traitée par des injections d'eau vineuse et guérie depuis quinze jours. Le jour même il a commencé à éprouver une douleur très légère, mais aujourd'hui très aiguë dans la bourse du côté droit. En même temps le testicule du même côté a grossi est devenu plus dur, pesant, excessivement douloureux surtout pendant la marche.

État actuel. — Le scrotum du côté droit est volumineux, la peau est rouge, tendue, luisante. Au toucher, on constate la présence d'une tumeur dure, irrégulière, présentant des bosselures, excessivement douloureuse à la pression. La peau est mobile à la surface.

Léger épanchement dans la tunique vaginale. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule. Léger état fébrile. — On maintient les bourses élevées au moyen d'une planchette. Cataplasmes arrosés de quelques gouttes de laudanum. Purgatif.

Pendant huit jours, on constate peu d'amélioration, mais à partir de ce temps, le gonflement diminue peu à peu et, le 23 juillet, la guérison est obtenue. — Sortie.

Obs. DCCCLXXVIII. — *Épididymite double. Vésiculo-séminalite droite. Prostatite légère.* — Loeb (Louis), dix-huit ans, orfèvre, entre le 26 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 4. Pas de blennorrhagie antérieure. Le premier coït remonte au 1er janvier. Ce jour-là, après avoir bu beaucoup et s'être considérablement excité pendant tout une journée, il a, pendant la nuit, de nombreux rapports avec une femme qu'il affirme être saine (?) Pas de nouveau coït jusqu'au 10 janvier. Le 10 janvier au matin, douleur en urinant : le 12, l'écoulement commence à se produire; tisane de chiendent, pilules de nature indéterminée. Pas d'injections. La blennorrhagie continue. — Du 16 au 18 juin, sans cause appréciable, les deux testicules grossissent, puis deviennent douloureux, au point que le malade ne sait

quelle posture garder : il ne peut rester ni debout, ni assis, ni couché. Inappétence, dégoût de tout aliment.

État actuel. — Les bourses sont rouges et œdématiées. Les deux épididymes sont volumineux et extrêmement douloureux. La pression sur les testicules détermine des douleurs moins vives. Les deux cordons sont très sensibles, le droit surtout. Au toucher rectal, la prostate est dure, assez volumineuse, un peu douloureuse ; la vésicule séminale droite est notablement plus grosse que la gauche, et la pression du doigt y détermine une douleur assez vive. Lavements. Cataplasmes. Bains sulfureux.

30 *juin.* — Amélioration : douleurs moindres.

3 *juillet.* — Douleurs vives dans l'abdomen et en particulier dans l'hypogastre et les fosses iliaques. La moindre pression est insupportable. Inappétence, vomissements alimentaires et bilieux. P. = 120. T = 39°,8. — Compresses d'eau de sureau sur l'abdomen. Une bouteille eau de Sedlitz, diète, bouillon, potage.

5. — Cet état de péritonisme est en grande partie disparu : il ne reste qu'un peu de douleur abdominale.

7. — Excellent état général. Douleurs moindres des épididymes.

11. — Douleurs à la gorge en avalant, on peut reconnaître qu'il s'agit d'une angine herpétique.

14. — Plus rien à la gorge.

19. — Le malade ne souffre plus des testicules : l'inflammation de la vésicule séminale a disparu. Exeat.

Obs. DCCCLXXIX. — *Orchite blennorrhagique. Guérison.* — Droz (Vincent-Charles), trente ans, gardien de la paix, entre le 12 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Pas d'antécédents héréditaires. Toujours bonne santé. Il y a trois semaines, le malade, à la suite d'un coït suspect, eut un écoulement uréthral, accompagné de douleurs à la miction. Il continua son service, sans porter de suspensoir, et depuis huit jours, il souffre dans les bourses qui sont devenues lourdes et très douloureuses.

État actuel. — Écoulement uréthral séro-purulent, peu de douleur à la miction. Bourse gauche volumineuse, rouge, douloureuse à la moindre pression, et à la palpation, on reconnaît que c'est l'épididyme qui a doublé et même triplé son volume normal. État général bon. — Bains d'amidon. Frictions mercurielles sur la bourse malade, et cataplasmes de farine de lin. Injections uréthrales trois fois par jour avec une solution de sous-nitrate de bismuth.

2 *décembre.* — Exeat.

Obs. DCCCLXXX. — *Orchite blennorrhagique du côté gauche. Cataplasmes enduits d'onguent mercuriel, quatre sangsues sur le trajet du cordon. Nouvelle application de cataplasmes avec onguent mercuriel. Guérison.* — Benoit (Ernest), vingt-six ans, tabletier, entre le

2 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 3. Sujet bien portant, deux blennorrhagies, la première à l'âge de dix-neuf ans, guérie en deux mois sans complication, la seconde il y a trois semaines, diminuée mais non guérie. Le malade n'a encore fait aucun traitement.

Depuis plusieurs jours, il ressent lorsqu'il urine une sorte de brûlure le long du périnée et éprouve de fréquents besoins d'uriner. Avant-hier la miction ne s'est faite qu'après beaucoup d'efforts; depuis dix heures environ, incontinence d'urine. En même temps, c'est-à-dire depuis trois jours, le malade ressent tout le long du cordon une douleur très vive qui s'irradie jusqu'au-dessus du pli de l'aine du même côté, douleurs également intenses dans les lombes et comme des fourmillements dans le tiers supérieur de la cuisse. Léger état fébrile. — Une bouteille d'eau de Sedlitz. Un grand bain.

Le lendemain on pratique le cathétérisme, on ne rencontre aucun obstacle. La nuit précédente, le malade a uriné facilement. Plus de fièvre. État très satisfaisant. La douleur le long du cordon a diminué.

5 *mars.* — La douleur le long du cordon augmente d'intensité; il s'est aussi aperçu que le testicule du côté gauche était très sensible et avait augmenté de volume. — Cataplasmes.

6. — Le malade, qui se promenait dans les salles, est obligé de garder le lit. Nous trouvons la bourse gauche augmentée de volume, la peau est rouge, chaude, le testicule est augmenté de volume et très douloureux; c'est à peine si le malade se laisse examiner. — Cataplasmes avec onguent mercuriel.

7. — Le malade souffre toujours beaucoup, la nuit a été mauvaise, il existe un état fébrile très prononcé T. = 38,°4. — Cataplasmes; quatre sangsues le long du trajet du cordon. Potion opiacée.

8. — Même état. T. = 38°3; toutefois le malade a dormi une partie de la nuit.

9. — Douleurs du cordon beaucoup diminuées. T. = 38°.

11. — Le testicule est toujours très gros, peu d'amélioration de ce côté. — Cataplasmes avec onguent mercuriel.

13. — Testicule un peu diminué, moins douloureux. Plus de fièvre. Appétit revenu presque complètement. Nuits bonnes.

22. — Jusqu'à ce jour le malade s'est trouvé de mieux en mieux; mais cette nuit il a été réveillé presque en sursaut par une douleur violente dans le même testicule. Celui-ci ne nous semble pas plus gros qu'il n'était il y a dix jours; mais il est excessivement sensible à la pression. — Le 17 mars, on avait remplacé les cataplasmes par des compresses d'eau blanche. On prescrit de nouveau les cataplasmes enduits d'onguent mercuriel. Les fourmillements dans le haut de la cuisse dont le malade se plaignait ont reparu aussi. Pas de fièvre.

Pendant plusieurs jours, le testicule est toujours douloureux, puis peu à peu le gonflement diminue, les fourmillements disparaissent

et enfin, le 1er avril 1881, le malade quitte le service presque complètement guéri.

Obs. DCCCLXXXI. — *Orchite. Traitement par les émollients. Guérison.* — Caspar (Louis), dix-neuf ans, garçon de café, entre le 20 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 26. Bonne santé habituelle. N'a jamais eu de blennorrhagie. Le 16 avril, vers sept heures du matin, ce malade se livre au coït. Il éprouve les sensations habituelles, mais n'éjacule pas. Le soir, en rentrant chez lui, après avoir un peu marché, il ressent un peu de douleur au testicule droit. Le lendemain soir, la douleur est plus vive, le testicule a augmenté de volume. Le surlendemain 22 il est obligé de cesser son travail et de garder le lit.

Etat actuel. — L'affection a les mêmes caractères que l'épididymite blennorrhagique : épididyme augmenté de volume, dur, douloureux ; légère augmentation de volume du testicule, pas d'épanchement dans la vaginale. Les recherches les plus minutieuses permettent d'affirmer l'absence de tout écoulement par le méat. — Cataplasmes.

25 *avril.* — L'affection a notablement diminué, le malade ne souffre presque plus. L'épididyme est beaucoup moins induré. La rougeur des bourses a disparu.

29. — Guérison absolue. — Exeat.

Obs. DCCCLXXXII. — *Orchite et hydrocèle blennorrhagiques aiguës. Ponction. Guérison.* — Latger (Adolphe), trente ans, commissionnaire, 25 juin 1881 (externe). Ce malade présente une hydrocèle intéressante surtout par son mode de développement et par la rapidité de son évolution. Sa santé est habituellement bonne. Il y a deux mois et demi il prit une blennorrhagie : quinze jours après une orchite se manifeste. Des cataplasmes et le repos vinrent facilement à bout de cette affection. Guérison de la blennorrhagie. — Nouvelle chaudepisse il y a quinze jours. En vingt-quatre heures le testicule est pris. Bientôt des douleurs extrêmement vives, des élancements pénibles apparaissent immédiatement. — Sangsues, cataplasmes, bains. — Les douleurs sont un peu diminuées par cette médication, mais les bourses continuent à augmenter de volume.

État actuel. — Tunique vaginale gauche pleine de liquide : transparence. Le testicule est situé en arrière et un peu en haut. Douleur très vive à la pression. Sentiment de tension assez pénible à certains moments de la journée et particulièrement le soir. La ponction de l'hydrocèle donne 300 grammes d'un liquide clair et citrin. Le testicule est à peu près normal. Rien dans la prostate ni dans les poumons. Pas de syphilis. — Repos au lit. Cataplasmes.

4 *juillet.* — Guérison complète.

Obs. DCCCLXXXIII. — *Orchite blennorrhagique. Cataplasmes et onguent mercuriel. Amélioration.* — Mautandon (Paul), vingt ans, bijoutier, entre le 8 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 2 *bis*. Blennor-

rhagie il y a trois semaines. L'écoulement est presque totalement supprimé à la suite d'injections de tannin. Depuis cinq jours, il éprouve, dans le scrotum du côté gauche, de la pesanteur et de la douleur quand il marche un peu trop. C'est surtout avant-hier qu'il a remarqué du gonflement, de la chaleur et de la rougeur de la peau des bourses. Parfois la douleur est extrêmement vive et s'irradie le long du cordon testiculaire.

État actuel. — La peau du scrotum est rouge, luisante, tendue, chaude. La tumeur est dure, sans bosselures bien marquées. La pression augmente la douleur. — Repos. Cataplasmes émollients enduits d'onguent mercuriel. Boissons délayantes. Bains. — Le septième jour après l'entrée, l'amélioration est notable et le malade demande sa sortie.

Obs. DCCCLXXXIV. — *Orchite blennorrhagique et hydrocèle aiguës. Ponction. Guérison.* — Martin (Louis), vingt-cinq ans, tailleur, entre le 13 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 74 *bis*. Rien d'extraordinaire chez ce malade au point de vue du développement de son orchite. Il a pris la blennorrhagie le 6 mai. Le 20 apparaissait l'accident du testicule. Peu douloureux, celui-ci fut à peine traité. Le malade continua à travailler. Il eut même plusieurs rapprochements sexuels.

1er *juin.* — Il s'aperçut que ses bourses prenaient un développement plus considérable que celui des jours précédents. En même temps des douleurs très vives se manifestaient le long du cordon et au niveau de l'organe malade. — Sangsues.

La tuméfaction persista, et la douleur fut à peine modifiée.

État actuel. — Hydrocèle. Le testicule paraît encore très volumineux. Rien à la prostate ni dans les poumons. Pas de syphilis. — Ponction simple de l'hydrocèle. Grands bains. Cataplasmes.

Immédiatement une détente se manifeste. La douleur disparaît. Rapidement, le testicule revient à ses dimensions normales. L'épanchement ne se reproduit pas. — Exeat le 24 *juin.*

Obs. DCCCLXXXV. — *Orchite ourlienne.* — Seyler (Nicolas), vingt-huit ans, garçon de magasin, entre le 24 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 72. Ce malade a éprouvé le 15 janvier une douleur des deux côtés de la mâchoire, en avant du tragus. Le 16 au matin, il ne peut pas ouvrir la bouche à cause de la douleur et de la tuméfaction qui s'était produite des deux côtés. La tuméfaction disparaît peu à peu, et le 23, il n'en existait plus de traces. Le 24, la douleur persiste encore un peu. Pendant ce temps, inappétence absolue, insomnie, fièvre, céphalalgie, douleur à la nuque, soif; ces phénomènes généraux durèrent huit jours. Dès le 17, c'est-à-dire deux jours après le début des oreillons, se produisit de la tuméfaction testiculaire, qui augmente peu à peu sans douleur.

23. — Elle semble un peu diminuée.

25. — Les régions parotidiennes ne présentent aucune trace d'augmentation de volume. Le testicule droit est volumineux. Epanchement vaginal assez notable ; rien à l'épididyme, un peu d'œdème du scrotum ; pas de douleur à ce niveau. En marchant, sensation de pesanteur et de tiraillement. Plus de fièvre ; l'appétit est revenu, l'insomnie persiste.

27. — Diminution notable de la tuméfaction testiculaire.

29. — Le malade demande à sortir.

Obs. DCCCLXXXVI. — *Kyste spermatique double. Ponction. Hernie inguinale du même côté. Accidents inflammatoires consécutifs dus à la fatigue. Guérison.* — Lespoune (Jean-Marie), cinquante-sept ans, cordonnier, entre le 26 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Il y a trois ans, développement d'une hernie inguinale gauche, facilement réductible. Depuis un an, la moitié gauche du scrotum est devenue le siège d'une tumeur indépendante de la hernie, molle, indolente, qui a fait des progrès assez rapides pour effrayer le malade et le décider à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La moitié gauche du scrotum est déformée par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, globuleuse, à surface convexe qui distend la peau, et en efface les plis. Par suite de cette distension considérable des téguments, la verge a disparu, on ne voit plus que le prépuce et son orifice. Dilatation légère des veines sous-cutanées. Teinte jaunâtre et transparente de la peau en certains points. Celle-ci a conservé sa mobilité. Pas d'autres lésions cutanées. Au toucher, la tumeur s'étend jusqu'à l'orifice du trajet inguinal, mais n'envoie pas de prolongement de ce côté. On peut en outre se convaincre que la hernie est complètement réduite et ne contracte aucun rapport avec la masse morbide scrotale. Celle-ci est composée de plusieurs lobes, séparés par des gouttières larges peu profondes et que l'on peut ainsi dénommer d'après leur situation : un lobe antérieur, deux lobes postérieurs dont l'un est supérieur par rapport à l'autre, un lobe inférieur. Le lobe antérieur, qui paraît isolé des autres, offre à peu près le volume d'un testicule normal, mais possède une consistance différente, il donne la sensation du lipôme et n'est pas sensible à la pression. Le lobe inférieur offre la configuration, la consistance et la sensibilité propres du testicule, il se confond en haut avec les lobes postérieurs. On ne sent pas l'épididyme. Les deux lobes postérieurs sont superposés et soudés à la glande testiculaire, ils ont le volume l'un d'une orange, l'autre d'un œuf de poule, leur consistance est molle, liquide, franchement fluctuante, c'est à leur niveau que la peau offre une teinte jaunâtre semblant annoncer de la transparence. Pourtant lorsqu'on les examine à la lumière, cette transparence n'est pas très nette.

Au-dessus de la tumeur, on sent les éléments du cordon qui sont sains et s'engagent dans le trajet inguinal. Le testicule droit est sain. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Etat général satisfaisant. Il semble que nous ayons affaire à un kyste à spermatozoaires. La ponction éclairera le diagnostic.

29 *avril* 1882. — Chloroforme. A l'aide d'un trocart de moyen volume, nous ponctionnons d'abord le kyste postérieur et supérieur dans sa partie la plus fluctuante : écoulement d'environ 100 grammes d'un liquide clair, transparent, légèrement opalin, offrant tous les caractères du contenu des kystes à spermatozoaires. Nous ponctionnons ensuite le kyste postérieur et inférieur qui est plus directement en rapport avec le testicule, et dont la cavité ne communiquait pas avec celle du précédent. Il a en effet conservé après la première ponction son volume, sa forme et sa rénitence. La ponction donne issue à 60 grammes d'un liquide analogue au précédent, mais un peu plus coloré et légèrement trouble. Les deux kystes étant vidés, il est plus facile de reconnaître que c'est bien le testicule qui occupe la partie inférieure du scrotum, que les dilatations kystiques se sont formées aux dépens de l'épididyme et qu'il reste une tumeur graisseuse sur l'origine de laquelle nous ne pourrions être édifié que par l'incision exploratrice. Nous pansons les plaies produites par les trocarts avec de petits carrés de diachylon. Pas d'accidents consécutifs. — Sortie le 1er mai.

8 *mai.* — Le malade revient à l'hôpital, se plaignant de douleurs vives dans les parties. Nous pouvons constater en effet que le scrotum est rouge et tuméfié. La moindre pression y détermine des douleurs et le testicule sur lequel on avait fait une double ponction paraît très volumineux. Le malade nous apprend qu'après être sorti de l'hôpital, il a repris ses occupations, qu'il a marché beaucoup. — Bains sulfureux. Cataplasmes sur les parties qui doivent être tenues très relevées.

10. — La douleur est toujours vive et le testicule paraît volumineux. On peut assez bien, en palpant la glande, reconnaître que le testicule a sa forme normale, et que, entre l'épididyme et lui, existe une tuméfaction dure, rénitente et très sensible. Le cordon n'est pas augmenté de volume; la pression est un peu douloureuse, quelques coliques. Même traitement, et de plus, onctions sur les bourses avec de l'onguent napolitain.

13. — Une certaine détente s'est produite dans les douleurs ; l'inflammation paraît moindre, la tuméfaction testiculaire a diminué.

21. — Embarras gastrique fébrile ; langue chargée, amère, inappétence, céphalalgie. P. = 120. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

23. — Mieux sensible dans l'état général. L'état local s'améliore aussi peu à peu.

27. — Le scrotum n'est plus rouge ni douloureux. On peut examiner le testicule sans provoquer la moindre souffrance.

3 *juin.* — Le malade se lève pendant une heure. Il ne peut rester plus longtemps debout, car sa hernie descend et comprime le cordon. Il lui est impossible de supporter un bandage.

14. — L'application du bandage peut être faite ; pas de douleur. Le malade reste levé pendant quatre heures. La tuméfaction testiculaire a notablement diminué. L'amélioration continue ainsi jusqu'au 13 juillet, époque à laquelle le malade, à peu près guéri, peut sortir et reprendre ses occupations.

Obs. DCCCLXXXVII. — *Testicule syphilitique.* — Renard (Louis), cinquante et un ans, ouvrier en galoches, entre le 28 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 76. Père mort à cinquante ans, d'une maladie des testicules. Phimosis congénital. Bonne santé habituelle jusqu'en 1861 ; à cette époque, blennorrhagie. Cinq ans après, œdème du prépuce, sous lequel on trouve, dit-il, sept chancres. On le circoncit et la plaie devient chancreuse ; traitement par le protoiodure d'hydrargyre depuis le mois de janvier jusqu'au mois d'août. — En 1857. Blennorrhagie, orchite à droite et arthrite du genou droit, le tout ayant duré trois mois. — En 1859. Mêmes accidents qui durèrent jusqu'en 1863. A ce moment, troisième orchite à gauche cette fois. Il fut alors soigné pendant près de deux mois pour un rétrécissement. — En 1866. Trois mois de traitement pour la même cause. — En 1869. Quatrième orchite à gauche. Il se marie ensuite, et trois ans après, il a une fille qui meurt à l'âge de trois semaines. Depuis 1874, il éprouve bien le spasme vénérien, mais celui-ci n'est plus accompagné d'éjaculation. — En 1872. Cinquième et sixième orchite à gauche. Toutes ces orchites se guérissaient d'ailleurs en six jours environ au moyen de cataplasmes de boue de meule froide. — En 1875. Début de l'affection actuelle alors que tous les jours il marchait beaucoup pour porter des journaux. Le testicule gauche augmente de volume peu à peu sans douleurs, et en 1877, il entre à l'hôpital de Clermont-Ferrand où on le soigne au moyen de frictions mercurielles, de cataplasmes divers, etc., qui amènent de l'amélioration. — En 1878. Abcès à l'hypochondre droit pour lequel il entre dans plusieurs hôpitaux. On lui ouvre enfin cet abcès, il porte en effet deux petites cicatrices froncées à deux travers de doigt au-dessus du milieu du ligament de Fallope droit. — En 1880. Au mois de mars, entre encore à l'hôpital pour son rétrécissement ; sort guéri au mois d'août. Incontinence d'urine consécutive. Au mois de novembre, entre encore à l'hôpital pour son rétrécissement. — En 1881. Le 13 janvier, est traité dans un service par des

frictions d'onguent mercuriel et de l'iodure de potassium. En sort vers le 15 mars.

État actuel. — Le malade, dur d'oreilles, présente un peu d'alopécie; à la verge, cicatrice vers la base du gland en haut; testicule droit sain; testicule gauche double de volume; l'épididyme en est peu distinct; le tout forme une masse indurée, régulière, lisse, cédant peu sous la pression du doigt. L'épididyme ne s'accuse en arrière que par une légère bosselure longitudinale indurée. Rien dans le cordon, à l'aine gauche quelques ganglions roulent sous le doigt. Rien ailleurs. Trois ou quatre petites crevasses sur la langue, liséré grisâtre aux dents inférieures. — Iodure de potassium, 4 grammes. — Amélioration rapide, et il sort le 25 avril.

Obs. DCCCLXXXVIII. — *Testicule syphilitique. Iodure de potassium. Guérison.* — Guiard (Théodore), quarante-quatre ans, faïencier, entre le 17 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 12. Pas de scrofule : pas de syphilis avouée. Pas de blennorrhagie. A la fin de 1876, il eut une hydrocèle qui fut opérée, en janvier 1877. Il resta guéri jusqu'en mars 1880, époque à laquelle il s'aperçut qu'il avait une grosseur dans la bourse du côté droit. La tumeur a grossi peu à peu, restant toujours indolente, mais son volume étant devenu considérable, le malade entre à l'hôpital.

Actuellement. — On constate tous les signes d'une hydrocèle volumineuse : ponction et injection iodée.

9 *janvier.* — L'hydrocèle est guérie, on peut alors apprécier les lésions testiculaires. Le testicule droit est représenté par une masse d'un volume considérable, un peu inférieur à celui du poing, ayant une forme globuleuse aplatie de dehors en dedans; parfaitement mobile dans le scrotum et entièrement indolore. Ses dimensions sont à peu près les suivantes : grand diamètre antéro-postérieur : 9 à 10 centimètres; diamètre vertical : 6 centimètres; épaisseur : 4 centimètres. Dans cette masse, uniformément dure, le testicule et l'épididyme sont confondus et fort difficiles à distinguer, cependant il existe vers la partie moyenne du bord inférieur de la tumeur une région dont la dureté est moins grande qu'en tout autre endroit. On pouvait penser que le testicule siégeait en ce point entouré dans les trois quarts antérieur, supérieur et postérieur de sa circonférence par l'épididyme considérablement augmenté de volume et de longueur. Le cordon paraît entièrement sain et ne présente pas de bosselures. Le testicule gauche paraît sain, c'est à peine si on peut trouver dans l'épididyme un point plus consistant qu'à l'état normal. Le testicule proprement dit ne paraît porter aucune lésion. Il y a quelques gouttes de liquide dans la tunique vaginale. Le toucher de la prostate et des vésicules séminales donne des résultats négatifs. L'auscultation pulmonaire

montre également qu'il n'y a pas de tuberculose. Pas d'éruptions ni de cicatrices syphilitiques. Quelques ganglions disséminés dans la région sus-claviculaire droite. — Iodure de potassium, 2 grammes par jour. Frictions mercurielles tous les jours en alternant régulièrement sur les quatre membres.

22 *janvier.* — La masse testiculaire s'est réduite environ du quart. Elle n'a plus que 7 centimètres dans sa plus grande dimension : elle a la forme d'un galet aplati à contours arrondis. Il est toujours entièrement impossible de distinguer le testicule de l'épididyme. — Le malade ayant de la stomatite, on cesse les frictions et on continue l'iodure de potassium.

5 *février.* — Le testicule est presque revenu à son état normal ; on sent déjà la séparation du testicule et de l'épididyme, on trouve quelques bosselures dans cette dernière place.

26. — Le testicule droit n'est pas plus volumineux que celui du côté opposé. L'épididyme se distingue fortement du testicule. — On continue l'iodure de potassium.

18 *mars.* — Le malade, retenu depuis quelque temps à l'hôpital pour quelques douleurs dans le genou gauche, sort guéri.

Obs. DCCCLXXXIX. — *Testicule syphilitique. Iodure de potassium. Amélioration.* — Gobain (Victor), trente-neuf ans, charpentier, entre le 28 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Homme vigoureux, alcoolique, sans antécédents pathologiques. Il dit n'avoir jamais eu de chancre : il est marié, a eu deux enfants, l'un de sept ans, l'autre de neuf, qui sont très bien portants; sa femme jouit également d'une bonne santé. Il y a huit mois, sans cause connue, il a remarqué que le testicule du côté droit augmentait de volume. Depuis, la tumeur a augmenté graduellement et ce n'est que depuis une quinzaine qu'il ressent quelques élancements quand il a beaucoup fatigué dans la journée et après les rapprochements sexuels.

État actuel. — Le scrotum du côté gauche est plus volumineux. La peau a conservé sa couleur normale, ne présente aucune adhérence avec le testicule. Celui-ci est augmenté de volume et peut être comparé à un œuf de poule. Sa surface présente de petites bosselures : sa consistance est fibreuse. Pas de douleur à la pression. Rien du côté du cordon. L'autre testicule est très sain. — Iodure de potassium, 1 gramme.

2 *juillet.* — Iodure de potassium $1^{gr},50$.

10. — La tumeur a notablement diminué. 2 grammes d'iodure.

19. — Le volume du testicule est beaucoup moindre. Exeat avec ordre de continuer son traitement.

Obs. DCCCXC. — *Testicule syphilitique. Emplâtre Vigo. Iodure de potassium. Amélioration.* — Thierry (Césaire), quarante-six ans, cocher de fiacre, entre le 7 avril 1881, salle Saint-Augustin, n° 8.

Sujet vigoureux, alcoolique, sans antécédents syphilitiques avoués. Pas d'antécédents héréditaires; rien du côté des organes thoraciques. Il y a quatorze mois, sa voiture ayant versé dans une tranchée, il est tombé à califourchon de son siège sur le garde-crotte de la voiture. Il croit que le testicule du côté gauche a principalement porté. Aussitôt après l'accident, douleurs vives dans la partie gauehe du scrotum et surtout du côté du testicule; augmentation de volume de la partie, changement de coloration de la peau qui prend une teinte rougeâtre. La marche devient à peine possible et quinze jours après, ouverture spontanée d'un abcès qui fournit une quantité notable de pus très épais. Le malade s'était contenté de compresses d'alcool camphré. Diminution des douleurs, cicatrisation de l'abcès, mais le testicule reste plus gros que son congénère. Depuis cinq semaines réapparition de la douleur, la plaie formée par l'ouverture de l'abcès s'est rouverte et laisse passer quelques gouttelettes de pus.

État actuel. — Le scrotum du côté gauche est rempli par une tumeur ovoïde à grand axe dirigé de haut en bas. La peau est rouge, sillonnée de quelques veinules peu dilatées. Sur la partie inférieure et externe, on aperçoit l'orifice du trajet fistuleux. Au palper le testicule est augmenté de volume, induré; on constate à sa surface des noyaux durs très rapprochés dont la réunion forme une tumeur bosselée, résistante, douloureuse à la pression. La peau du scrotum ne semble pas avoir d'adhérences avec elle. A peu près au centre de la tumeur, on sent non pas de la fluctuation, mais une certaine mollesse. Rien du côté du cordon. Rien non plus du côté des ganglions inguinaux. L'abdomen ne présente rien de particulier, toutes les fonctions s'accomplissent bien. — Emplâtre de Vigo. Iodure de potassium ($2^{gr},50$), à l'intérieur.

Au bout de quinze jours de ce traitement, diminution très marquée du volume de la tumeur et des douleurs. Il sort toujours un peu de pus par l'orifice fistuleux.

2 *mai.* — Amélioration très grande. Le malade se lève. Même traitement. Vin de quinquina.

9. — Exeat avec ordre de continuer son traitement chez lui.

Obs. DCCCXCI. — *Testicule syphilitique. Traitement mixte. Amélioration rapide.* — Huck (Xavier), quarante-trois ans, ajusteur, entre le 11 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. Père et mère bien portants : il est le treizième enfant : tous bien portants. A eu des glandes au cou à seize ans, mal aux oreilles dans l'enfance, peu sujet à s'enrhumer l'hiver. Il dit n'avoir jamais eu de chancre; mais, il y a deux ans : taches rouges sur le corps et la tête ayant duré trois semaines, cinq semaines avant l'entrée le testicule gauche augmente de volume, devient douloureux et empêche le travail. — Cataplasmes.

État actuel. — Testicule droit : augmenté de volume, pas d'épanchement dans la vaginale, donne au toucher une sensation particulière assez souple dans sa généralité, il est recouvert de petites plaques dures assez semblables à des grains de plomb un peu aplatis, nombreuses surtout vers l'épididyme. Celui-ci est un peu induré à la queue et souple sur tout le reste de son trajet : cordon sain.

Testicule gauche : masqué par un épanchement vaginal : ponction avec un trocart de trousse : issue de 200 grammes de liquide citrin un peu sanguinolent. Le testicule est très volumineux, du volume de deux œufs de poule au moins, dur, non adhérent à la peau du scrotum dont la coloration n'est qu'un peu rouge. L'épididyme est difficile à distinguer de la glande proprement dite et présente des indurations franches à la tête et à la queue. Le testicule est bosselé ; mais les bosselures sont peu apparentes et peu marquées, semblant divisées en bosselures plus grosses recouvertes de bosselures plus petites. Le canal déférent est doublé de volume et régulier, cette induration remonte dans le canal inguinal. La prostate peu volumineuse est lisse, indolente. La face interne des tibias est légèrement irrégulière : douleurs dans les jambes, la nuit, depuis qu'il est à l'hôpital. Ne tousse pas, n'a jamais craché de sang, s'est amaigri et affaibli depuis quelque temps. Rien aux poumons. — Frictions mercurielles à la face interne des cuisses : iodure de potassium 4 grammes. — Huit jours après, il y avait amélioration notable : l'hydrocèle ne s'était pas reproduite, le testicule gauche était devenu beaucoup plus souple et avait diminué de moitié. Le droit s'était aussi amélioré. Exeat du malade sur sa demande : il a ordre de continuer le traitement et de revenir. Il n'a pas été revu.

Obs. DCCCXCII. — *Tumeur du testicule. Iodure de potassium à l'intérieur; pas d'amélioration. Refus d'opération.* — Baudin (Jules), quarante-sept ans, tourneur en cuivre, entre le 2 novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 71. Homme d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires. Il dit s'être toujours bien porté et n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Il y a à peu près quatre mois, il a trouvé que le testicule du côté gauche était plus gros que celui du côté droit. A ce moment, il n'éprouvait aucune douleur, aussi n'y fit-il guère attention. Mais trois semaines après, il commença à ressentir des élancements et remarqua que la tumeur avait fait des progrès. A partir de ce moment, elle a continué à évoluer et aujourd'hui elle a le volume d'un œuf de dinde.

État actuel. — Le côté droit du scrotum est le siège d'une tumeur du volume d'un œuf de dinde. La peau, à la surface, est rouge, les rides scrotales ont disparu de ce côté et l'on aperçoit çà et là quelques veines dilatées. Au toucher la tumeur est dure, un peu douloureuse à la pression, sans adhérences avec les téguments externes.

Elle enserre le testicule qu'on ne peut retrouver. En avant et en haut, elle est mamelonnée, mais partout ailleurs sa surface est lisse. Nulle part de trace de fluctuation. — Iodure de potassium, 1gr,50, puis 2 grammes, jusqu'à 4 grammes par jour.

Ce traitement est continué pendant quinze jours, mais la tumeur, loin de diminuer, augmente et alors, supposant que nous avons affaire à une production de mauvaise nature, nous proposons au malade une opération qu'il refuse. — Exeat.

Obs. DCCCXCIII. — *Tumeur syphilitique du testicule. Hydrocèle symptomatique. Ponction évacuatrice. Iodure de potassium. Guérison.* — Bessi (Alexandre), trente-quatre ans, serrurier, entre le 7 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 71. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Blennorrhagie et chancre uréthral, il y a huit ans, plaques muqueuses de la gorge, laryngite, etc., traité à l'hôpital du Midi. Depuis cette époque, le testicule gauche a insensiblement augmenté de volume sans être le siège de gêne ou de douleur. Il y a six mois, le malade reçoit sur le scrotum un coup à la suite duquel le gonflement augmente brusquement dans des proportions considérables. L'emploi des révulsifs et l'usage continu de l'iodure de potassium n'amenant aucune modification, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La moitié gauche du scrotum est déformée par une tumeur régulièrement ovoïde à grosse extrémité inférieure, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes, du volume d'un gros œuf de dinde. La peau amincie, tendue, n'offre pas d'altération, elle a conservé sa mobilité ainsi que les autres tuniques du scrotum : la translucidité à la lumière. Au toucher consistance molle et fluctuation mal accusée. On a la sensation d'un kyste multiloculaire. Au-dessous de la couche liquide on sent le testicule hypertrophié et peu distinct de l'épididyme, mais offrant sa consistance normale. Rien du côté du cordon et des vésicules séminales. Rien dans les ganglions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant. — Iodure de potassium 3 grammes. Pas de résultats. Plusieurs ponctions ont été suivies de récidives.

25 *mars.* — Pas d'anesthésie. Ponction exploratrice qui donne issue à 20 grammes de liquide d'hydrocèle. En portant le trocart dans une autre direction, on ouvre une seconde loge qui donne issue à 50 grammes du même liquide. Cette loge vidée, on en ouvre une troisième, puis une quatrième, qui donnent issue à 25 et 20 grammes du liquide. Il s'agissait donc d'une hydrocèle symptomatique cloisonnée. — On continue l'iodure à haute dose.

30. — Pas de récidive. Le testicule diminue de volume.

26 *avril.* — Le testicule a repris son volume normal. Sortie.

Obs. DCCCXCIV. — *Tuberculose des organes génitaux.* — Héchet

(Auguste), quarante-deux ans, homme de peine, 7 juillet 1881 (externe). Le malade accuse des douleurs très vives pendant la miction. L'examen des antécédents ne permet de rien découvrir de bien net. Misère physiologique profonde. Sueurs nocturnes fréquentes. Amaigrissement considérable depuis quelques mois. L'examen de la poitrine nous permet de constater une tuberculose au début de la seconde période. Pas de syphilis. L'inspection des organes génitaux montre les lésions suivantes :

1° Épididymite tuberculeuse au début. Le malade a bien senti les petits noyaux durs qui se trouvent au-dessus de son testicule droit, mais ne peut nous dire depuis combien de temps ils existent.

2° Au toucher : induration très nette de la prostate, qui est comme bosselée et très douloureuse à la pression.

3° Indurations et bosselures de la partie inférieure du canal déférent et des vésicules séminales.

Nous pratiquons assez facilement le cathétérisme. Cependant la sonde paraît déterminer quelques douleurs lorsqu'elle passe au niveau de la prostate. Il y a eu de l'hématurie pendant quelques semaines, mais ce symptôme a disparu. La douleur accusée par le malade se manifeste surtout au début de la miction, ce qui permet de croire plutôt à une lésion de la prostate qu'à une cystite tuberculeuse. — Régime tonique. Eau de goudron. Capsules de térébenthine.

Le malade est envoyé à la campagne.

Obs. DCCCXCV. — *Tubercules de l'épididyme et du cordon. Ouverture, raclage et cautérisation des foyers tuberculeux. Conservation de la glande séminale.* — Pierson (Joseph), trente-deux ans, plombier, entre le 18 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 70. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Première blennorrhagie en 1869. Orchite double. Deuxième blennorrhagie en 1880. En mars 1881, au milieu de la nuit, douleurs vives et subites du testicule gauche; névralgie funiculo-lombaire. Urines teintées de sang. Le testicule augmente rapidement de volume; rougeur et chaleur du scrotum. Les douleurs et les autres phénomènes d'inflammation aiguë cessèrent au bout de huit jours, mais le testicule resta volumineux. En juillet un abcès se forma à la partie déclive du scrotum gauche auprès du raphé, s'ouvrit, donna issue à un pus caséeux et demeura fistuleux. La fistule restant en activité et des nodosités se développant sur l'épididyme et le canal déférent, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La moitié gauche du scrotum est un peu plus volumineuse que la droite : orifice fistuleux du diamètre d'une plume de corbeau, siégeant à la partie la plus déclive du scrotum immédiatement à gauche du raphé; écoulement de quelques gouttes de pus ca-

séeux. Au pourtour la peau est rouge, érythémateuse. Au toucher les tuniques du scrotum ont conservé leur mobilité et leurs autres caractères, sauf au niveau de la fistule où l'on sent une sorte de cordon fibreux qui s'étend jusqu'à l'épididyme. La tunique vaginale est distendue par une faible quantité de liquide. L'épididyme est rembourré de noyaux dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette, les uns indurés, les autres ramollis. Le testicule paraît normal. Le canal déférent est épaissi dans toute sa hauteur, mais il ne présente de nodosités qu'au niveau de l'épididyme. Dans sa partie supérieure à deux travers de doigt au-dessous de l'orifice extérieur du trajet inguinal existe un noyau induré du volume et de la forme d'un haricot. Rien du côté de la prostate et des vésicules séminales et des testicules. Rien du côté des poumons, autres viscères sains. État général encore satisfaisant.

21 *janvier*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons une incision verticale longue de 3 centimètres répondant à l'épididyme et comprenant successivement toutes les tuniques du scrotum. Nous abordons l'épididyme par le point où il est dépourvu de tunique vaginale, il est couvert de noyaux blanchâtres, tuberculeux, formant des foyers isolés. Nous incisons sa tunique propre avec le thermocautère et les foyers caséeux étant ainsi mis à découvert, nous en faisons le curage avec la curette de Volkmann, nous détruisons de même la membrane qui forme la paroi de ces foyers. Après avoir enlevé par ce procédé toutes les parties malades de l'épididyme et de la portion du canal déférent qui lui fait suite, sans avoir touché à la vaginale et au testicule, nous faisons à la partie supérieure du cordon une seconde incision longitudinale longue de 2 centimètres et comprenant couche par couche toutes les tuniques jusqu'au noyau tuberculeux qui siège en ce point sur le canal déférent. Ce noyau étant à découvert, nous le détruisons comme les précédents. — Tube à drainage au fond de chaque plaie. Suture. Deux pinces hémostatiques sont laissées à demeure. Pansement phéniqué.

23. — Pas de réaction fébrile. On enlève les fils. Réunion partielle.

30. — Le mieux se continue.

5 *février*. — Cicatrisation complète. Guérison. Sortie.

Obs. DCCCXCVI. — *Tubercules du testicule. Ablation.* — Fayet (Adolphe), soixante-six ans, nacrier, entre le 21 décembre 1881, n° 73, salle Saint-Augustin. Depuis deux mois et demi, ténesme vésical, miction plus fréquente, sensibilité douloureuse du canal, pendant le passage de l'urine. Pas d'hématurie. Pas de blennorrhée. Le 15 décembre 1881, sans causes connues, douleurs extrêmement vives du testicule gauche, tuméfaction, rougeur, chaleur. Symptômes d'orchite aiguë suivis de ramollissement et d'ouverture spontanée d'un abcès à la partie moyenne de la face antérieure du côté

gauche du scrotum. Issue de matière caséeuse. L'abcès resta fistuleux et son orifice devint le siège d'un travail ulcéreux.

État actuel. — La moitié gauche du scrotum plus volumineuse que la droite offre les dimensions d'une petite orange. A la partie moyenne de la face antérieure existe une ulcération irrégulièrement circulaire de 2 centimètres de diamètre, portant sur toute l'épaisseur de la peau et laissant voir les autres tuniques dégénérées. Le fond de cette ulcération est blanchâtre et constitué par un tissu caséeux. Les bords disposés en forme de bourrelet sont déprimés, retournés en dedans, indurés, adhérents aux couches sous-jacentes. Au pourtour, la peau présente une teinte rouge-vineux : l'épiderme est ramolli et comme macéré, ce qui est dû à un suintement continu de pus caséeux. Au toucher il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme. La glande est ramollie, fluctuante, sauf à l'extrémité inférieure, où l'on retrouve un noyau du volume d'une amande, de consistance plus ferme rappelant sensiblement celle du testicule normal. Les tuniques du scrotum sont œdématiées, infiltrées, adhérentes entre elles, à la vaginale et à l'albuginée. La glande a perdu toute mobilité. Le tiers inférieur du cordon est moniliforme, il semble constitué par des noyaux indurés dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Dans le reste de son étendue le cordon paraît sain. Rien dans le testicule du côté opposé, rien dans les vésicules séminales et dans la prostate. Pas de lésions pulmonaires appréciables ou d'autres lésions viscérales. Les douleurs qui ont accompagné le début de l'affection ont cessé. Pas de pus dans les urines.

21 *janvier* 1882. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous circonscrivons l'ulcération et les parties voisines des téguments. Nous énucléons par cette voie le testicule et la portion malade du cordon, mais pour arriver à isoler ces organes nous sommes obligé de sculpter en quelque sorte au milieu des tuniques infiltrées, dégénérées, transformées en tissu lardacé. Nous appliquons deux pinces sur la partie saine du cordon et nous sectionnons au-dessous. Nous avons ainsi du même coup enlevé tous les tissus malades. Sur douze pinces hémostatiques appliquées pendant l'opération, huit sont enlevées. Drainage : suture. Pansement phéniqué.

A la coupe. — Il existe une caverne tuberculeuse remplie de tissu caséeux, offrant le volume d'un petit œuf de poule. Il ne reste de la glande qu'une petite portion rouge indurée siégeant à la partie inférieure.

23. — Pas de réaction fébrile; on enlève les pinces. Légère hémorrhagie le premier jour; suppuration très légère.

30. — On enlève les fils; réunion partielle par première intention.

9. — Guérison. Sortie.

Obs. DCCCXCVII. — *Tubercule du testicule.* — Tertray (J.-B.), quarante-deux ans, journalier, entre le 11 juin 1881. Son père est mort d'une pneumonie. A toujours joui d'une bonne santé. Deux blennorhagies, pas d'accidents syphilitiques avoués. Il a eu un seul enfant qui est mort de convulsions à l'âge de dix-huit mois. Il y a deux ans, il a remarqué que le testicule du côté droit augmentait de volume. Cette augmentation ne s'accompagnait d'aucune douleur. La tumeur, pendant dix-huit mois, a évolué très lentement; mais depuis quatre mois, elle a beaucoup grossi et est le siège d'élancements quelquefois très pénibles. La marche augmente peu les douleurs.

État actuel. — Dans le scrotum du côté droit est une tumeur solide du volume d'une orange, ovoïde, à grand axe dirigé de haut en bas. La peau à la surface est légèrement colorée en rouge et sillonnée de veines dilatées. Elle adhère faiblement à la tumeur. Au toucher cette tumeur est dure, presque lisse, douloureuse à la pression. Elle englobe le testicule que l'on ne peut distinguer au milieu de la production morbide. La peau lui adhère faiblement. Le cordon est sain. L'examen des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal. — Pendant une vingtaine de jours, iodure de potassium; mais n'obtenant aucun résultat, nous nous décidons à faire l'ablation de la tumeur. Le malade refuse, et sort le 28 juin.

Obs. DCCCXCVIII. — *Orchite tuberculeuse. Amélioration.* — Fournier (Marie-Louis), vingt-trois ans, employé, entre le 18 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 58. Mère morte de la poitrine à quarante-six ans, frère mort à dix-sept ans et demi d'une tumeur blanche du genou, sœur morte de la poitrine à vingt-deux ans. Bonne santé habituelle : peu sujet à s'enrhumer; l'hiver, amygdalites fréquentes. Blennorrhagie à dix-neuf ans; orchite double. Il resta à gauche en dessous une petite induration comme un pois, dit le malade. Il y a deux ans, seconde orchite, à gauche, ayant duré à peu près quinze jours, laissant toujours la petite induration. Quand le malade se fatiguait il ressentait de la douleur dans le flanc gauche. Début de l'orchite actuelle, huit jours avant l'entrée, sans excès pouvant l'expliquer; douleur, gonflement du testicule gauche, impossibilité de travailler.

Etat à l'entrée. — Testicule gauche peu augmenté de volume, assez douloureux, mais moins que dans l'orchite aiguë, franche; scrotum un peu rouge. Pas d'épanchement dans la vaginale. Le testicule proprement dit est souple et semble sain. Il n'en est pas de même de l'épididyme qui est augmenté de volume au point d'atteindre celui du testicule, irrégulier, remplacé par des bosselures dures, confluentes vers la queue, où elles forment une masse indurée, un peu irrégulière. Dans les poumons on trouve un peu d'expiration soufflante à gauche sous l'omoplate. — Toniques. Huile de foie de morue. Cataplasmes.

La poussée inflammatoire disparaît : l'épididyme reste un peu plus volumineux avec trois indurations vers la queue. Exéat le 25 avril.

Obs. DCCCXCIX. — *Tubercules du testicule et orchite tuberculeuse.* — Libert (Jean), cinquante-cinq ans, jardinier, entre le 28 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Pas d'antécédents héréditaires. Une blennorrhagie simple à vingt-deux ans et demi. Étant au Brésil, jardinier, il y a quatre ans, la bourse gauche est devenue grosse et noire ; le tout s'est calmé en trois semaines ; le malade attribue cet hématocèle du scrotum à des coups répétés du sécateur dans la poche de son tablier. Jamais d'autre maladie ; pas de rhume l'hiver. Marié depuis vingt-trois ans, pas d'enfants. Début de l'affection actuelle il y a trois mois, à la suite d'un coup de son sécateur; le testicule et la bourse gauche augmentent de volume. Cataplasmes, pommade, etc. — Abcès ouvert au bistouri il y a six semaines, à la partie inférieure de la bourse gauche vers le raphé. Depuis, la bourse a toujours été grosse, rouge, enflammée. Le malade essaye de travailler un peu, mais l'inflammation augmente, la douleur s'accentue et le malade entre à l'hôpital. En dehors de cette poussée aiguë, l'affection est toujours restée indolore. Jamais le malade n'a uriné de sang, ni n'en a rendu par les selles. Depuis trois mois amaigrissement, perte de forces, perte d'appétit, bon sommeil ; pas de fièvre le soir, pas de sueurs.

A son entrée. — Les bourses sont augmentées de volume, surtout la gauche ; fistule suppurant à la partie inférieure de ce côté, hydrocèle double très nette du volume d'un œuf de poule à droite, plus prononcée à gauche. — *A droite.* — Épididyme complètement envahi par des tumeurs tuberculeuses, dures, bosselées, semblables à des demi-pois ; plus volumineux vers la queue ; le testicule semble indemne. Rien au cordon. — *A gauche.* — L'épididyme est transformé en une masse du volume d'un œuf de pigeon, indurée, irrégulière, bosselée, masquant le testicule, la fistule scrotale s'y rattache intimement ; rien au cordon. Pas de douleurs ni spontanées ni à la pression. La prostate n'est pas absolument lisse, mais ne présente pas de bosselures très prononcées. Rien aux poumons. — Iodure de potassium 2 grammes, cataplasmes.

L'amélioration est lente à se produire, la période aiguë passe cependant ; mais l'affection reste au fond toujours la même et le malade sort sur sa demande le 20 mars.

Obs. CM. — *Orchite tuberculeuse. Tubercules suppurés.* — Gueneret (Paul), trente-six ans, cordonnier, entre le 13 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 29. Pas de gourmes.

Fièvre typhoïde à onze ans à la suite de laquelle il reste un double pied bot varus équin au premier degré, plus marqué à gauche ; de ce côté la jambe est aussi plus faible. A seize ans angine couënneuse qui augmente beaucoup la faiblesse de la jambe gauche. Maladie

habituelle tous les ans vers le mois de mai ; hormis cela, bonne santé. Pas de chancre, pas de rhumatisme. Il y a trois ans, blennorrhagie ayant duré trois mois. Il y a deux ans, après un coup, il a vu son testicule gauche augmenter de volume ; douleurs, etc., durant six mois. Il reste une induration de l'épididyme, il y eut aussi un abcès ouvert au dehors. Il y a un an, le testicule droit se prend à son tour, augmente de volume, etc., l'inflammation se prononce davantage dans les derniers temps et le malade entre à l'hôpital — L'hiver entier il a été enrhumé, jamais d'hémoptysie.

État actuel. — *Testicule gauche.* — La glande semble saine, la tête et la queue de l'épididyme sont bosselées, dures, un peu augmentées de volume, à la tête va s'attacher un cordon fibreux qui se rend d'autre part à une cicatrice déprimée située en avant sous la racine de la verge et un peu de côté. Le canal déférent est un peu volumineux.

Testicule droit. — La glande est dure, doublée de volume, couverte de larges bosselures peu sensibles. L'épididyme est beaucoup plus atteint, sa queue, du volume d'un œuf de pigeon, un peu aplatie, est dure et bosselée, douloureuse à la pression ; à son niveau, c'est-à-dire en bas et en arrière, il existe au scrotum une ulcération qui s'est formée le premier jour d'entrée du malade. Cette ulcération est sanieuse, jaunâtre, à bords peu taillés à pic, profonde, s'enfonçant vers l'épididyme, auquel le scrotum adhère en cet endroit. La tête est aussi nettement indurée, irrégulière, mais moins volumineuse que la queue. Le cordon est induré, mais peu volumineux, il existe un épanchement vaginal remontant jusque dans l'intérieur du canal. Un peu d'expiration prolongée au sommet droit. Le malade s'est affaibli et a maigri dans ces derniers temps ; pas de sueurs, ni de diarrhée. A la prostate, le lobe droit est légèrement proéminent, inégal à la vésicule droite et bosselée, et donne la sensation du mastic. — Iodure de potassium 4 grammes, pansement au vin aromatique, toniques.

8 *juin.* — Amélioration, mais il reste une fistule qui donne issue à de la sérosité sanieuse. Exéat sur sa demande.

Obs. CMI. — *Testicule tuberculeux. Traitement général. Cataplasmes. État stationnaire.* — Fougeray (Joseph), quarante-deux ans, menuisier, entre le 3 septembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 17. Il n'a jamais fait de maladies graves, mais il s'enrhume très facilement. Sa mère est morte phthisique. A eu deux enfants, le dernier est mort d'une méningite à l'âge de vingt mois. Il y a deux ans environ, il a remarqué que le testicule du côté droit était plus gros que l'autre, mais comme il n'en était aucunement gêné, il ne s'en préoccupa pas. Au commencement de l'année, il commença à éprouver une certaine pesanteur dans la partie droite du scrotum et des tiraillements le long du cordon. Ayant examiné le testicule, il le trouva très augmenté de

volume, et depuis la fin de janvier, il a continué à grossir. Néanmoins, comme il souffrait très peu, il a pu continuer à travailler. Ce n'est que depuis deux mois qu'il éprouve de véritables douleurs.

A son entrée. — On trouve le testicule droit augmenté de volume, induré et comme tapissé de noyaux; ces noyaux sont durs, et par places ils sont réunis de manière à former une tumeur irrégulière, dure et bosselée. La peau du scrotum est lisse à la surface de la tumeur. L'épididyme est sain, douleur à la pression. Le malade a maigri depuis deux mois. Il ne tousse pas, n'a jamais craché de sang et l'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal. — Cataplasmes, régime tonique et reconstituant.

Pas d'amélioration : une opération est nécessaire. Le malade la refuse. — 17 *septembre.* — Sortie.

Obs. CMII. — *Testicule tuberculeux. Refus d'opération.* — Lesourd (Charles), trente-deux ans, bijoutier, entre le 20 avril 1882, salle saint-Augustin, n° 8. C'est un homme maigre, de chétive apparence, n'accusant cependant aucun antécédent pathologique ou héréditaire. Il y a deux ans, il a remarqué que le testicule droit augmentait de volume, mais comme il ne souffrait pas, il n'y fit pas grande attention. Au commencement de décembre dernier, il a commencé à éprouver dans le scrotum une sorte de tension qui bientôt s'est changée en douleurs intermittentes, mais peu vives. Le testicule n'était pas plus gros qu'il ne l'avait remarqué au début. A beaucoup fatigué ces temps derniers, et, dans le courant de janvier, la tumeur a évolué d'une manière rapide. Les douleurs ont peu augmenté, mais la pression est devenue très pénible.

État actuel. — Sur le testicule droit est une tumeur irrégulièrement sphérique, sans bosselures et du volume d'une mandarine. La pression est douloureuse. Les téguments du scrotum de ce côté sont rouges et sillonnés de vaisseaux dilatés. Pas de fluctuation ni de transparence. Rien du côté des ganglions inguinaux. L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans les poumons. Le malade a un peu maigri, dit-il, quoique ayant conservé l'appétit et le sommeil.

Comme, pour nous, le seul traitement rationnel est la castration, nous la proposons au malade qui la refuse et qui demande sa sortie.

Obs. CMIII. — *Tubercules du testicule gauche avec fistules multiples. Volumineuse hydrocèle vaginale droite. Ponction et injection iodée.* — Daran (Raoul), trente-neuf ans, comptable, entre le 26 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. Mère morte d'un cancer utérin. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il nie tout antécédent vénérien. Il y a deux ans, il reçut un coup de pied dans le scrotum; consécutivement, augmentation de volume et induration du testicule gauche, tuméfaction de la moitié droite du scrotum. Dans la suite les dimensions de la moitié gauche du scrotum s'accrurent

d'une façon peu sensible, mais il se développa de ce côté des abcès qui restèrent fistuleux; à droite au contraire l'augmentation de volume s'accentua rapidement. — Topiques et traitement général : aucune modification.

État actuel. — La moitié gauche du scrotum, du volume d'un gros œuf de poule, est le siège de fistules à bords ulcérés, violacés, à fond grisâtre, bourbillonneux. Ces fistules au nombre de trois sont échelonnées sur la face antérieure suivant une même ligne verticale, à 2 centimètres et demi les unes des autres. Au voisinage, la peau, légèrement tendue, n'offre pas d'altération de structure. Elle est mobile ainsi que le dartos et les autres tuniques du scrotum à la surface de la glande, sauf au niveau des trajets fistuleux, qui sont représentés par des cordons durs. Le testicule, l'épididyme et le cordon jusqu'à l'anneau, sont hypertrophiés, déformés, indurés. La glande testiculaire à peine reconnaissable est recouverte de nodosités dont le volume varie de celui d'un grain de chenevis à celui d'un pois. Parmi ces nodosités les unes sont dures, lardacées, les autres ramollies. L'épididyme, coiffant le testicule à la manière d'un casque, est plus volumineux que cette glande, et présente comme elle des nodosités correspondant à la fistule la plus élevée. Le cordon offre dans toute sa hauteur le volume de l'épididyme normal, il est moniliforme et très dur. Pas de sensibilité spéciale à la pression. La moitié droite du scrotum descend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, elle a le volume d'une tête de fœtus au sixième mois. Sa forme est irrégulièrement ovoïde, à grosse extrémité inférieure, il présente à sa partie moyenne une sorte d'étranglement circulaire qui le divise en deux lobes. Les tuniques du scrotum sont saines et ont conservé leur mobilité bien qu'elles soient extrêmement distendues et amincies. La tumeur est transparente à la lumière; au toucher elle est molle, liquide, franchement fluctuante. Il est impossible de retrouver le testicule et l'épididyme. Le cordon devient appréciable au-dessus de la tumeur et s'engage seul dans l'anneau. Il n'existe donc pas de prolongement abdominal. La tumeur est bien enkystée dans le scrotum. Rien du côté des vésicules séminales et de la prostate. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général encore satisfaisant. — Nous avons affaire à une hydrocèle vaginale simple du côté droit et à une tuberculose du testicule gauche. Nous traiterons d'abord l'hydrocèle.

3 *juin.* — Ponction. Issue d'un litre de liquide d'hydrocèle. Le testicule, l'épididyme et le cordon sont sains de ce côté. Injection iodée.

9. — Pas de réaction fébrile. Tuméfaction inflammatoire, consécutive à l'injection iodée, actuellement en voie de résolution. Pas de modification du côté opposé.

18. — Amélioration. Sortie.

Obs. CMIV. — *Tubercules du testicule. Cataplasmes. Régime tonique.* — Lebihan (Ernest), trente-sept ans, peintre en bâtiment, entre le 18 août 1881, salle Saint-Augustin, n° 79. Sujet pâle, sans antécédents héréditaires connus; a eu plusieurs fois des rhumes, n'a jamais craché de sang; a eu à plusieurs reprises des accidents saturnins. Deux blennorrhagies; pas de syphilis avouée. Depuis dix-huit mois, le testicule du côté droit a augmenté de volume, mais il n'y a fait attention que dans ces deux derniers mois pendant lesquels l'évolution de la tumeur a été plus rapide, et a été le siège de douleurs intermittentes quelquefois très aiguës.

A son entrée. — En examinant la région scrotale, nous trouvons que le testicule du côté droit est volumineux, son volume pouvant être comparé à celui d'un œuf de dinde. La peau du scrotum est rougeâtre, lisse, sillonnée de quelques veinules dilatées. Par le toucher, on trouve une induration très marquée du testicule; celui-ci est inégal, bosselé, dur; du côté de l'épididyme on constate aussi quelques noyaux indurés. La pression est douloureuse. Le cordon est normal. A l'auscultation nous ne trouvons rien du côté des poumons. Il existe un léger bruit de souffle au cœur à la base. — Cataplasmes. Vin de quinquina; sirop de fer.

23 *septembre.* — Amélioration très grande. Exeat.

Obs. CMV. — *Sarcome kystique du testicule droit. Castration. Guérison.* (Pièce déposée dans notre collection du musée Saint-Louis.) — Petit (Étienne), quarante-huit ans, représentant de commerce, entre le 15 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 3. Pas d'hérédité. Ni scrofule, ni tuberculose; syphilis à trente ans. Jamais d'autres maladies graves. Il y a cinq ans, il remarqua par hasard que le testicule droit devenait plus volumineux et plus dur que celui du côté opposé, tout en restant indolent. L'affection a évolué lentement et progressivement.

État actuel. — La moitié droite du scrotum est déformée par une tumeur du volume d'une tête de fœtus au sixième mois, régulièrement ovoïde, à grosse extrémité supérieure, à surface, lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. Peau amincie et tendue; mais n'a pas subi d'altération appréciable à la vue : elle est mobile ainsi que les autres tuniques du scrotum, sauf en un point, à la partie la plus déclive, où elle fait corps avec la tumeur. Celle-ci est composée de deux masses dont les caractères sont fort différents : l'une supérieure, plus volumineuse, est molle, franchement fluctuante, manifestement kystique; l'autre inférieure, dure, solide, de consistance sarcomateuse, se continuant avec la précédente sans ligne de démarcation appréciable. Il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme, mais si l'on déprime fortement la portion kystique on sent des bosselures dont le volume varie de celui d'une noisette à

celui d'un œuf de pigeon et dont la disposition fait croire que la portion solide fait hernie dans le kyste, sous forme de fongus. Pas de transparence. La prostate, les vésicules séminales et les éléments du cordon sont sains. Rien dans les ganglions inguino-cruraux et abdominaux. Etat général bon.

18 *février.* — Chloroforme. Castration suivant notre procédé habituel. Drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la pièce. — Ponction dans la vaginale, d'où il sort un liquide abondant couleur chocolat, liquide type de l'hématocèle.

A la coupe. — La tumeur se compose d'un kyste à contenu séro-sanguin et d'une masse solide formée d'éléments sarcomateux à leurs diverses périodes de développement, depuis le sarcome embryoplastique jusqu'au sarcome fibroïde. La tumeur solide fait saillie dans le kyste sous forme de masses fongueuses. Aucune portion du tissu morbide ne rappelle la structure du testicule ou de l'épididyme.

19. — On laisse les pinces en place. Bonne nuit. Pas de fièvre.

20. — Les pinces hémostatiques sont retirées : légère douleur occasionnée par cette opération. Néanmoins la journée est bonne, et le malade ne se plaint plus, une fois le pansement fait.

1er *mars.* — La cicatrisation s'est déjà effectuée sur la moitié du trajet de l'incision.

5. — L'état général du malade est aussi satisfaisant que possible.

15. — Il ne reste plus que l'orifice supérieur de la plaie qui n'est pas entièrement cicatrisé. Exeat.

CHAPITRE X

ORGANES GÉNITO-URINAIRES (SEXE FÉMININ).

Ce chapitre contient 51 observations ainsi réparties :

1° Annexes de l'utérus	8
2° Utérus	18
3° Vulve et vagin	21
4° Urèthre	4

I. *Annexes de l'utérus.* — Nous ne donnons ici que les cas de kystes de l'ovaire qui n'ont pas été passibles de l'ovariotomie, les autres étant relatés au chapitre des gastrotomies.

Dans l'observation CMVI il s'agit d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, dont un lobe faisait saillie dans le vagin et avait déplacé le col de l'utérus à tel point, qu'il était impossible de trouver cet organe en combinant les divers procédés d'examen : touchers vaginal et rectal, examen au spéculum, cathétérisme. La malade avait été réglée jusqu'à quarante-deux ans et la disparition des règles avait sensiblement coïncidé avec l'apparition de la tumeur abdominale : cette coïncidence, jointe à l'obstruction du col de l'utérus, permettait d'interpréter le développement du ventre par la rétention du liquide menstruel, et dans cette supposition il y avait lieu d'espérer qu'en rendant au col sa perméabilité, il serait possible d'évacuer le liquide et de faire disparaître la tumeur. Un examen minutieux nous révéla bientôt que tel n'était pas le cas de notre malade et qu'il s'agissait bien d'un kyste multiloculaire dont l'un des lobes, engagé dans le

vagin, avait déplacé l'utérus, au point de rendre le col invisible et inaccessible. Nous fîmes la ponction du lobe vaginal dans l'espoir de dégager le museau de tanche, mais cette ponction, qui donna issue à 3 litres de liquide, resta infructueuse au point de vue de cette recherche.

II. *Utérus.* — Signalons l'observation CMXVIII, qui est un cas très net de défaut de développement de l'utérus; cet organe existe, mais est resté très petit. Chose curieuse, cette femme a été réglée une fois, à dix-neuf ans; il est donc vraisemblable que l'utérus était perméable et, de plus, que les ovaires fonctionnaient; or depuis il n'y a pas eu un seul écoulement menstruel, ce qui semble un fait destiné à grossir ceux, nombreux déjà, où l'ovulation s'est produite sans menstruation. On objectera qu'actuellement l'utérus est fermé chez cette femme; néanmoins on peut affirmer qu'il n'y a pas de menstruation, puisqu'il n'est nullement dilaté par le sang; il est au contraire très petit, comme nous l'avons dit.

Huit malades ont subi l'ablation de tumeurs utérines par la voie vaginale; deux cas de mort, dans l'un la malade était arrivée au dernier degré de cachexie (obs. CMXXVIII), dans l'autre (obs. CMXXX) on laissa l'opérée découverte, et il survint une péritonite à frigore. Pour enlever ces tumeurs, qui toutes étaient des polypes fibreux, nous avons employé soit le thermo-cautère (obs. CMXXIV et CMXXVI), soit notre forceps-scie (obs. CMXXVIII), soit la section progressive par la ficelle dont on serrait l'anse tous les jours, par l'intermédiaire du treuil approprié, construit sur nos indications par M. Mathieu (obs. CMXXV), soit le serre-nœud de Maisonneuve, après débridement du col au thermo-cautère (obs. CMXIX), soit les ciseaux (obs. CMXXX), soit l'anse galvanique et le thermo-cautère (obs. CMXXXI).

Dans l'observation CMXXVI il s'agit d'un polype fibreux de l'utérus présentant tous les caractères classiques. Les métrorrhagies profuses qu'il détermina amenèrent la malade à l'hôpital. Grâce à une laxité considérable de la vulve et du vagin, grâce à la minceur du pédicule et au peu de hauteur de

l'implantation, l'opération fut des plus simples, il nous suffit d'attirer la tumeur au dehors avec des pinces de Museux et de sectionner le pédicule avec le couteau du thermo-cautère. Pour assurer l'hémostasie et pour éviter toute chance de récidive, nous cautérisâmes largement la base d'implantation. Les tumeurs que l'on rencontre au museau de tanche ne présentent pas toujours cette simplicité. A côté des polypes muqueux, œufs de Naboth, développés aux dépens des glandes de la muqueuse cervicale et faciles à reconnaître à leur consistance, à leur multiplicité, à côté du polype fibreux classique, fibro-myome, on peut rencontrer le sarcome et l'épithélioma. Il importe donc de bien faire le diagnostic.

Dans l'observation CMXLXX le diagnostic de la nature de la tumeur ne souffrait pas de difficultés, les caractères extérieurs, la consistance, les troubles fonctionnels, ne permettaient de confondre ce polype fibreux de l'utérus avec aucune autre variété de tumeur. Les points qu'il était plus difficile de résoudre étaient le volume de la tumeur, son point d'implantation et les procédés opératoires à mettre en usage pour en pratiquer l'ablation. La solution de ces questions était rendue particulièrement délicate par la persistance de la membrane hymen épaisse et dure et ne présentant qu'un orifice trop étroit pour permettre l'exploration et l'introduction des instruments. Ce n'est qu'au prix d'une dilatation forcée faite d'abord avec l'index enduit de cérat, puis avec le spéculum bivalve que nous pûmes nons rendre compte qu'il s'agissait d'un polype long et grêle. Une nouvelle difficulté résidait dans l'état du col utérin dont l'orifice, complètement obstrué par le polype, ne se laissait pas facilement dilater. Le cathétérisme utérin fait avec l'hystéromètre nous apprit néanmoins que la tumeur s'implantait très haut sur la paroi postérieure par un pédicule grêle. Ce renseignement nous déterminait à choisir comme procédé opératoire le pincement du pédicule et la section avec des ciseaux, mais nous ne pûmes le mettre à exécution qu'après avoir débridé l'orifice du col à l'aide de deux sections latérales.

Les suites de l'opération ont été heureuses d'abord, et

tout faisait présager un succès complet, quand, par malheur, on laissa la malade découverte, il en résulta un refroidissement qui amena une péritonite rapidement mortelle.

III. *Vulve et vagin.* — L'observation CMLXI (hémorrhagie par déchirure du clitoris) présente de l'intérêt à plusieurs points de vue : 1° elle prouve que, dans certains cas, des hémorrhagies clitoridiennes pourraient être prises pour des hémorrhagies utérines; 2° elle montre l'importance que peuvent avoir ces hémorrhagies; 3° elle met en lumière la supériorité de la forcipressure sur toutes les méthodes de traitement (cautérisation, ligature, etc.) préconisées dans les plaies de cet organe.

L'observation CMXLI (sarcome mélanique de la grande lèvre droite) montre bien la rapidité de la marche de cette affection et sa gravité extrême; de plus elle expose notre façon de procéder pour l'extirpation large des tumeurs de cette région.

L'observation CMXLI est une rareté; il s'agit en effet d'une véritable leucoplasie vulvaire tout à fait analogue à la leucoplasie buccale. Elle a, du reste, fait le sujet d'une note, lue par Jouin, un de nos internes, à la Société clinique, dans la séance du 27 avril 1882.

Signalons l'observation CMXLV, également à cause de sa rareté : suppuration, avec rétention, envahissant successivement les deux glandes de Bartholin chez la même femme.

Non moins curieuse est l'observation CMXLVI, où l'on voit une éponge oubliée dans un vagin et donnant vaguement la sensation d'un épithélioma du col de l'utérus.

Dans l'observation CMXLVIII il s'agit d'un cas d'obstruction cicatricielle complète du vagin, consécutive à un accouchement laborieux. L'atrésie et l'obstruction complète du vagin peuvent être dues à diverses causes : traumatisme accidentel ou chirurgical, ulcérations de toute nature et spécialement syphilitiques, éruptions varioliques ou rubéoliques, application maladroite de caustiques, etc., etc. Elles s'observent plus ordinairement, comme dans le cas actuel,

consécutivement au sphacèle des parois du vagin dû à un arrêt prolongé de l'enfant au passage. Lorsqu'on se trouve en présence d'un semblable désordre, on doit, avant d'opérer, résoudre plusieurs questions : il faut se demander si la coarctation due au tissu de cicatrice ne se complique pas de fistule recto ou vésico-vaginale, s'il s'agit simplement d'un rétrécissement laissant un orifice suffisant pour le passage des règles et l'écoulement des liquides vaginaux ou s'il y a obstruction complète. En pareil cas il importe de savoir si cette obstruction est constituée par une simple cloison transversale ou si elle porte sur toute la hauteur du vagin et se prolonge dans l'orifice et la cavité du col. Dans notre cas l'interrogatoire de la malade nous apprit que la miction et la défécation s'accomplissaient normalement, par les voies naturelles, et qu'il n'existait aucune espèce d'écoulement vaginal. Le toucher et l'examen au spéculum nous démontraient que l'obstruction était complète. D'ailleurs les anamnestiques nous apprenaient qu'à chaque époque menstruelle la malade était sujette à une série de phénomènes caractéristiques de la rétention des règles : défaut d'écoulement, douleurs pelviennes et abdominales, ballonnement du ventre, tuméfaction de l'utérus, etc., etc. Restait à déterminer la profondeur de l'obstruction. Le toucher rectal, combiné avec le cathétérisme uréthral, nous apprit que les culs-de-sac vaginaux, antérieur et postérieur, étaient libres et remplis par un liquide reconnaissable à la fluctuation. En présence de ces phénomènes il n'y avait pas à hésiter; les complications redoutables d'une aménorrhée de cette nature, hématocèle rétro-utérine et péritonite, entre autres, nous décidaient à créer un vagin artificiel à travers le tissu de cicatrice. Cette opération, que nous conduisîmes à bonne fin, nous ménageait des surprises. Vers la partie moyenne du vagin, nous constatâmes en effet que la coarctation était telle, que l'espace compris entre le rectum et l'urèthre n'avait pas plus de 1 centimètre d'épaisseur. Il est évident que si nous n'avions pris la précaution d'explorer à tout moment le rectum avec le doigt et l'urèthre avec le cathéter, nous nous exposions à faire fausse route et à

pénétrer soit dans l'intestin, soit dans les voies urinaires. Au-dessus de l'obstruction existait une collection de pus et sang décomposé que nous évaluons à plus de 2 litres. Les suites de l'opération ne sont pas toujours aussi favorables; la proximité du péritoine, les anastomoses lymphatiques et sanguines du vagin et de l'utérus donnent parfois lieu à des accidents foudroyants de péritonite que les précautions les plus minutieuses ne parviennent pas toujours à prévenir. C'est dans ce but que nous administrons le seigle ergoté qui, en provoquant les contractions, oblitère les vaisseaux et s'oppose ainsi à l'absorption du pus. C'est pour la même raison que nous ordonnons l'application permanente et prolongée de glace sur le ventre. Nous avons toujours présente à l'esprit l'histoire d'une malade chez laquelle le séjour prolongé d'un caustique dans le vagin avait déterminé une obstruction complète. Nous fîmes, comme dans le cas actuel, la restauration du vagin, et tout allait pour le mieux lorsque, malgré nos indications répétées, la fille de salle enleva trop tôt la glace qui était placée sur l'abdomen. La malade mourut d'une péritonite suraiguë (Voy. obs. XCDVIII, p. 700, t. III de nos *Cliniques*).

Nous avons eu, dans nos précédents volumes, plusieurs fois l'occasion de parler de fistules vaginales, et dans ce tome-ci, page 177 et suivantes, nous publions une leçon sur les fistules vésico-utérines, aussi nous contenterons-nous de rappeler à propos des cas actuels quelques données générales.

Les fistules qui s'ouvrent dans le vagin sont tantôt rectales, tantôt vésicales. Les fistules recto-vaginales situées à une certaine profondeur sont les plus rares; on les observe consécutivement à l'ouverture d'un abcès ou à l'action perforante d'un corps étranger. Chez une de nos malades la perforation avait été produite par l'une des valves d'un hystérophore. D'autres fistules beaucoup plus fréquentes sont consécutives à l'accouchement. Celles qui portent sur la cloison recto-vaginale siègent ordinairement au-dessus de l'anus et sont faciles à guérir.

Nous sommes étonné de voir de longues dissensions s'établir à propos de la difficulté de l'opération des fistules recto-vaginales voisines de l'anus. Nous les traitons de la même façon que les déchirures du périnée et nous n'avons jamais d'insuccès. Quant aux fistules vésico-vaginales, elles peuvent siéger à toutes les hauteurs et présenter des dimensions extrêmement variables, on en a ordinairement raison par l'avivement et la suture. Toutefois il est des cas où la présence de brides cicatricielles épaisses et courtes rend impossible la manœuvre opératoire et le rapprochement des surfaces cruentées. En pareil cas, Bowmann pratique la dilatation progressive à l'aide de boules de verre de diamètre croissant. Nous nous contentons de sectionner ces brides et nous obtenons un succès le plus souvent immédiat, quelquefois consécutif à une seconde opération.

Dans l'observation CMLI il s'agit d'un délabrement du vagin, consécutif à un accouchement laborieux et tellement considérable que dans notre longue pratique nous n'en avons jamais observé de semblable. Parmi plusieurs centaines de cas de fistules recto ou vésico-vaginales, c'est le seul que nous ayons déclaré, *a priori*, inopérable.

Les cloisons recto et vésico-vaginales étaient détruites en totalité depuis les culs-de-sac vaginaux jusqu'à la vulve, il ne restait que le méat urinaire et l'anus. D'autre part les parois latérales complètement désorganisées par le sphacèle étaient remplacées par des brides cicatricielles épaisses et tellement serrées qu'elles déterminaient une atrésie vaginale extrême. Elles rapprochaient les pertes de substance rectale et vésicale et attiraient en bas l'utérus, de sorte que la muqueuse du rectum et de la vessie et le col utérin venaient s'adosser immédiatement au-dessus de l'anneau vulvaire. En présence de pareils désordres nous nous étions déclaré impuissant et nous refusions de tenter une opération que nous considérions sans chance de succès, lorsque sur les instances de plusieurs confrères qui s'intéressaient à la malade nous dûmes faire une première tentative. Nous pratiquâmes la section des brides cicatricielles afin de diminuer l'atrésie, et après avoir

avivé les bords des pertes de substance, nous les suturâmes d'après notre procédé habituel. Les résultats furent meilleurs que nous eussions osé espérer. Les pertes de substance se trouvèrent réduites des deux tiers après l'opération. Deux ans plus tard la malade revint nous voir, et nous répétâmes l'opération pour la fistule recto-vaginale qui présentait des indications plus pressantes. Les suites de l'opération furent très simples, et il survint une guérison définitive. Ce fait prouve qu'en pareil cas il ne faut pas trop se hâter de conclure à l'incurabilité des fistules vésico-vaginales.

L'observation CMLI vient à l'appui de ce que nous disions dans les quelques lignes consacrées aux généralités sur les fistules vaginales. Il s'agit d'une fistule recto-vaginale consécutive à un accouchement laborieux. La cure de certaines fistules recto-vaginales, même très petites, est difficile parce qu'il n'y a pas d'étoffe, que tous les tissus périphériques sont transformés en tissus de cicatrice et que les mouvements intestinaux tiraillent les fils et s'opposent à la réunion. En pareil cas, si l'on se contente d'un léger avivement, l'insuccès est certain. Tel était le cas de notre malade. Deux opérations faites dans d'autres services avaient complètement échoué. Pour nous, nous eûmes recours à un procédé que nous employons toujours en pareil cas et qui toujours nous a réussi. Nous sectionnons la portion de la cloison recto-vaginale qui sépare la fistule de la fourchette, de manière à la transformer en rupture du périnée; nous avivons très largement, 2, 3 et même 4 centimètres, suivant les cas, et nous suturons, comme dans la périnéorrhaphie.

Chez notre malade les ischions étaient tellement rapprochés que nous eûmes grand'peine à passer nos fils.

IV. *Organes urinaires.* — Relativement à l'observation CMLIII (*kyste purulent du rein*) nous ne dirons rien, nous bornant à renvoyer le lecteur à la thèse d'un de nos meilleurs internes, le Dr Brodeur, maintenant professeur à l'université de Laval à Montréal (Voy. Brodeur : *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.* Thèse de Paris, 1886, p. 114).

Les kystes du bulbe de l'urèthre sont peu communs, nous en avons traité un (obs. CMLIV).

Les deux dernières observations doivent être rapprochées. L'urèthre de la femme peut être le siège de diverses tumeurs parmi lesquelles les polypes sont les plus fréquents. Ce terme générique de polype sert à désigner des productions dont la nature peut être fort différente. Tantôt, en effet, on a affaire à de simples végétations papillaires, analogues à celles que l'on rencontre sur les grandes et sur les petites lèvres, ainsi qu'au pourtour de l'anus. En pareil cas, l'aspect mamelonné, en chou-fleur, la présence de productions semblables au voisinage sont caractéristiques. Tantôt la tumeur se développe aux dépens des glandes qui entourent l'orifice du méat, leur siège à la périphérie du canal, et leur aspect lisse et uni, leur contenu muqueux, sont autant d'indices qui permettent de les reconnaître. Dans d'autres cas, il s'agit d'une véritable dégénérescence fongueuse de la muqueuse uréthrale, fort différente des végétations et se rapprochant plus ou moins, par sa nature, du sarcome ou de l'épithélioma. Ces variétés malignes tendent à envahir les régions voisines, produisent l'infection ganglionnaire et peuvent récidiver. Il est souvent difficile au début de les distinguer des autres variétés : d'où cette indication de faire l'ablation aussi largement que possible, quand le diagnostic est douteux. Chez nos deux malades nous avions affaire à la variété bénigne, mais chez la première il s'agissait d'un polype fibreux, et chez la seconde d'un polype muqueux. L'opération a été des plus simples; la seule crainte qu'elle puisse inspirer est de donner naissance à un rétrécissement. Mais si le fait se produisait, il serait facile d'y remédier, le canal de l'urèthre, chez la femme, étant extrêmement dilatable.

Obs. CMVI. — *Kyste de l'ovaire. Oblitération du col de l'utérus. Ponction vaginale ; issue de 3 litres de liquide séreux.* — Joly (Thérèse), quarante-sept ans, femme de ménage, entre le 15 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 51. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière de dix-sept à quarante-deux ans. Il y a six ans, elle remarqua une tumeur intra-

abdominale occupant l'hypogastre. Cette tumeur, après être restée stationnaire pendant cinq ans, a commencé à se développer rapidement à partir du mois de février dernier, où elle augmenta brusquement de volume en l'espace de quinze jours. Depuis cette époque elle n'a cessé de s'accroître et s'est élevée progressivement au-dessus de l'ombilic. Une ponction pratiquée en novembre donna issue à 15 litres de liquide citrin. Le liquide s'est reproduit rapidement et la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La cavité abdominale est occupée par une tumeur qui remplit le bassin et les flancs et remonte au-dessus de l'ombilic; cette tumeur est formée de plusieurs lobes offrant chacun le volume d'une tête d'adulte et se dessinant nettement au-dessous de la paroi abdominale. Leur surface est lisse et unie. Au toucher, les parois abdominales ont conservé leur indépendance. La tumeur est liquide et fluctuante, elle offre les caractères des kystes multiloculaires. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'une tumeur solide au fond du vagin; on ne sent en aucun point le col, mais à la place du cul-de-sac postérieur existe un point fluctuant. Un examen minutieux au spéculum ne permet pas de trouver le museau de tanche. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements plus satisfaisants.

24 *décembre*. — A l'aide d'un gros trocart nous pratiquons une ponction dans la portion fluctuante de la tumeur vaginale, et nous donnons issue à 3 litres de liquide jaune, séreux, limpide, comparable à celui que l'on rencontre dans beaucoup de kystes de l'ovaire. Le trocart a pénétré à une profondeur de 4 centimètres. Pendant que le liquide s'écoule, la tumeur abdominale diminue progressivement. Mais lorsque la poche, que nous avons ponctionnée, est vidée, il reste une tumeur multiloculaire, encore volumineuse. — Un second examen pratiqué après la ponction ne permet pas davantage de trouver le col utérin. — Pas d'accidents consécutifs. Au bout de huit jours la malade retourne chez elle.

Obs. CMVII. — *Kystes volumineux de l'ovaire. Ponctions répétées, donnant* 25 *litres.* — Lamy (Marie), soixante-six ans, entre le 20 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Bonne santé : a été réglée régulièrement de seize à quarante-huit ans et a eu deux enfants et deux fausses couches de six semaines. Le ventre a commencé à grossir il y a sept ans, et un an après le début de la maladie sont survenues des pertes sanguines qui depuis ce temps ont persisté, tellement que la malade ne se rappelle pas avoir été plus de quinze jours ou trois semaines sans métrorrhagies. Le sang est rouge, souvent mélangé de caillots, et les hémorrhagies s'accompagnent de douleurs analogues à celles de la menstruation. L'appétit, le sommeil sont conservés : toutes les fonctions se font normalement; les jambes n'ont jamais été enflées.

Un médecin avait déjà ponctionné la malade le 5 novembre 1880; il était sorti 25 litres de liquide un peu rougeâtre. Elle entre dans notre service, le 1er août 1885, et le 5 du même mois, nous faisons une ponction qui évacue également 25 litres de liquide; le 20 novembre 1881, quatrième ponction : 16 litres du même liquide.

Elle rentre dans la salle le 20 mars 1882. Le ventre est énorme (1m,50 de circonférence ombilicale), régulièrement arrondi, avec des veines dilatées. Tout est mat, sauf au niveau de la région épigastrique : fluctuation très nette, principalement à droite.

21 *mars.* — Ponction à droite. Issue de 24 litres de liquide très filant, oléagineux, d'un jaune brunâtre, contenant beaucoup d'albumine.

Après la ponction, on constate l'existence de poches dont la plus grosse occupe la partie gauche de l'abdomen et est environnée, surtout près de la ligne médiane, d'autres lobules plus petits et durs.

21 *avril.* — La malade quitte l'hôpital : il s'est refait un peu d'épanchement : le ventre est soutenu par une ceinture abdominale.

Obs. CMVIII. — *Kyste de l'ovaire. Ponction; issue de* 12 *litres.* — Clément (Sophie), quarante-huit ans, entre le 5 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. Bonne santé. Pas d'hérédité. A eu quatre enfants, le dernier il y a quatorze ans : règles viennent régulièrement et en petite quantité. Il y a un an, la malade s'aperçut que le ventre augmentait notablement de volume, développement lent dans la première période, développement plus rapide dans la deuxième période.

L'état général s'est maintenu aussi bon que possible. Pas de constipation; miction facile ; appétit bien conservé.

Il y a deux mois et demi, première ponction qui donne issue à *une bouteille* à peine de liquide séreux : cette ponction calme un peu le malade, dont le ventre était cependant toujours aussi gros.

État actuel. — Ventre qui mesure 118 centimètres de circonférence : rénitent, plus dur à droite qu'à gauche. Circulation veineuse modérée à sa surface; fluctuation facile à percevoir dans la zone supérieure, difficilement appréciable dans la zone inférieure : pas de constipation : peu de gêne respiratoire. Les parois du vagin sont déprimées. Le col est tout à fait en bas et en arrière.

22 *juin.* — Ponction au niveau de la région du flanc gauche : issue d'une douzaine de litres d'un liquide jaune, séreux, sans caractères particuliers : soulagement immédiat.

10 *juillet.* — Le ventre n'a pas augmenté de volume depuis la ponction, qui a été pratiquée il y a déjà trois semaines. — Il n'y a pas lieu d'intervenir. Exeat.

Obs. CMIX. — *Kyste de l'ovaire. Variole survenant au moment où l'opération allait être pratiquée. Tuberculose et phlegmatia alba dolens consécutives à la variole.* — Prudhomme (Claire), dix-sept ans, entrée

le 13 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 50. Son père a eu une pleurésie et tousse depuis ce temps. A l'âge de sept ans, elle a été souffrante pendant deux ou trois mois : elle avait des coliques, des douleurs dans tout l'abdomen; de sept à treize ans, douleurs dans les genoux et dans les reins, migraines fréquentes, vomissements. Tous ces accidents disparaissent avec l'apparition de la menstruation, à l'âge de treize ans et demi; les règles ne viennent plus depuis le mois de septembre dernier. Dans son enfance, elle a eu quelques ganglions sous-maxillaires, mais jamais de maux d'yeux, de gourmes. Le ventre a commencé à grossir il y a un an; depuis quelque temps déjà, la malade éprouvait des douleurs sourdes en marchant.

A son entrée. — Tous les signes d'un kyste de l'ovaire : ponction le 17 novembre.

7 *décembre.* — Elle est atteinte d'une variole légère qui nécessite son transfert à l'isolement : cette maladie contribue à l'affaiblir. Déjà elle toussait depuis une quinzaine de jours et la toux était fréquente, nauséeuse. Depuis, celle-ci a encore augmenté, la malade s'est amaigrie ; elle a des frissons le soir et des sueurs nocturnes.

En *janvier* 1882. — La diminution d'élasticité au niveau des deux sommets, la respiration soufflante en ces points, et surtout l'état général rendent le diagnostic de tuberculose pulmonaire très probable. Le kyste ovarique remonte à 13 centimètres au-dessus de l'ombilic.

18. — Depuis quelques jours, phlegmatia de la jambe droite.

2 *mars.* — La jambe gauche est douloureuse, mais sans œdème ni dilatation veineuse.

26. — L'état de la poitrine contre-indique une opération : la phlegmatia a disparu. Exeat.

Obs. CMX. — *Kyste de l'ovaire.* — Tartara, quarante et un ans, employée, entre le 1er mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 41. Pas d'hérédité. Bonne constitution ; a toujours joui d'une excellente santé. Toujours bien réglée, et à l'heure qu'il est, les règles sont encore normales et régulières. N'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfants.

En 1870, la malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume : développement progressif de la tumeur; jamais d'hémorrhagies. Le 1er mai 1870, un chirurgien fit une ponction et retira 11 litres d'un liquide clair, légèrement coloré et avec des paillettes de cholestérine à la surface ; il diagnostiqua un kyste de l'ovaire uniloculaire et proposa l'opération à la malade, qui refusa. Deux ans se passèrent, pendant lesquels la malade ne ressentit rien de particulier. — 1er *mars* 1873. — Seconde ponction. Cette fois, on obtient 10 litres d'un liquide beaucoup plus trouble, épais et visqueux (comparable à de la bière). Nouveau soulagement. — Depuis cette époque, la malade n'eut pas de nouvelle ponction. Le kyste se

développa avec une lenteur telle que la malade croyait tout d'abord être guérie. L'état général s'est maintenu toujours à peu près satisfaisant; quelques troubles de nature diverse, crises, palpitations, etc. Les jours où la malade se fatiguait davantage, les jambes enflaient. Depuis deux ans, le ventre a atteint de grandes proportions, mais depuis deux mois surtout l'augmentation a été rapide : les règles ont du reste disparu depuis ce temps.

État actuel. — Le ventre est assez uniformément développé, un peu plus à gauche cependant; tendance à l'incontinence d'urine, constipation; au toucher vaginal, rien de particulier; culs-de-sac libres, un peu de ramollissement du col. État général excellent ; palpitations de cœur, mais aucun signe de lésions organiques.

Fin de *mai.* — Exeat de la malade sur sa demande.

Obs. CMXI. — *Kyste de l'ovaire. Ponction.* — Nemoud (Marie), soixante-trois ans, entre le 14 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 39. Au moment de la ménopause, il y a quinze ans, est apparue une tumeur occupant surtout le côté droit du ventre ; évolution progressive. En 1871, il avait des dimensions déjà considérables : la respiration était pénible, les digestions laborieuses, la miction difficile, enfin et surtout, la malade ne pouvait marcher qu'avec la plus grande difficulté.

État actuel. — Dyspnée intense. Le ventre est considérablement augmenté de volume ; le réseau veineux sous-cutané abdominal présente une remarquable dilatation. C'est en vain que nous essayons par la palpation de délimiter la tumeur et d'en circonscrire nettement les contours ; tout l'abdomen paraît envahi et l'on croirait plutôt avoir affaire à une ascite qu'à un kyste. Le toucher nous montre le col très élevé et fortement tiré en haut. — L'indication étant urgente, nous ponctionnons la tumeur au point d'élection : issue de 22 litres d'un liquide couleur chocolat dans lequel nagent évidemment des débris nombreux de globules rouges. Le ventre revient presque à son volume normal. A ce moment, nous pouvons délimiter le kyste qui paraît en effet formé aux dépens de l'ovaire droit ; ses parois sont indurées et donnent par points la sensation d'épaississements plus considérables. Le col de l'utérus s'est abaissé : il s'incline un peu maintenant du côté gauche. La malade se déclare grandement soulagée. — Bandage de corps avec une couche volumineuse de ouate. — Refus de toute intervention plus complète. Exeat.

Obs. CMXII. — *Kyste sarcomateux de l'ovaire. Douzième ponction. Mort. Autopsie.* — Plantegenet (Virginie), quarante-huit ans, cuisinière, entre le 27 août 1880, salle Sainte-Marthe, n° 49. Début il y a huit mois au moment où nous examinons la malade. On a déjà dû faire onze ponctions. Le kyste est assez volumineux; il occupe à peu près la ligne médiane ; mais au lieu d'être uni, lisse, il présente des

épaississements, des plaques d'une résistance considérable. Le toucher montre une certaine élévation de l'utérus. — Le 30 mars, on pratique une ponction. Le liquide gluant, muqueux ne sort que très difficilement au moyen de la pression du ventre et quand on fait passer le trocart dans la canule. Les gâteaux sarcomateux sont bien plus faciles à sentir quand le kyste est vidé; d'ailleurs ce résultat ne s'obtient que d'une façon très incomplète. La malade est prise d'accidents péritonéaux et meurt le 7 avril.

Autopsie. — Le *péritoine* est enflammé et nous trouvons même du pus dans les parties périkystiques. Située sur la région médiane, la *tumeur* est double et formée aux dépens des deux ovaires sur lesquels elle s'implante largement, les englobant et les attirant fortement en haut. Les parois des kystes, épaisses, tomenteuses, présentent par places de véritables gâteaux, dont la simple coupe permet de reconnaître la nature sarcomateuse. Il y a des adhérences solides avec les régions voisines et spécialement avec le petit bassin et l'utérus. Enfin la partie postérieure de l'*utérus* lui-même est affectée de cette dégénérescence sarcomateuse qui n'aurait pas tardé à envahir tout l'organe. — Rien par ailleurs : seul l'*estomac* est remarquable en ceci qu'il offre sur sa face antérieure, dans le voisinage du pylore, une petite plaque de dégénérescence sarcomateuse.

Obs. CMXIII. — *Hématocèle ouverte dans le rectum. Mort.* — Muidre (Marie-Joséphine), trente-trois ans, couturière, entre le 12 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 41. Mère morte d'un cancer au sein. La malade n'a eu aucune maladie dans son enfance, elle a été réglée à quatorze ans, et, depuis cette époque, les règles ont été régulières et sans grandes douleurs. N'a eu ni enfants ni fausses couches. Pleurésie il y a sept ans, à gauche. Ne tousse pas habituellement. Contracte en 1869 un chancre suivi d'accidents secondaires : a été soumise à un traitement syphilitique. Ces accidents se sont reproduits à plusieurs reprises, jusqu'en 1877. Rien depuis.

23 *juillet.* — Dix jours après l'époque menstruelle, sans cause appréciable, sans refroidissement, elle sentit des douleurs violentes dans les reins et dans le bas-ventre. Ces douleurs, qui faisaient crier la malade, persistent pendant un mois. En même temps étaient apparus des vomissements et une fièvre intense, défécation difficile, miction fréquente. Pas d'hémorrhagies au début, mais pendant quelques jours, écoulement jaunâtre, chocolat, puis expulsion de quelques caillots sanguins. La malade est obligée de garder le lit.

29. — Elle entre à Lariboisière. Là on constate l'existence, dans le côté droit du bassin, d'une tumeur douloureuse à la pression. — Vésicatoires et pointes de feu au-dessus de l'arcade crurale de ce côté. — Les douleurs et les vomissements persistent. Dix jours après, la malade fut prise d'une diarrhée très abondante et très fétide. Elle

rend alors par le rectum des matières purulentes mêlées de parties noires. Cette ouverture spontanée soulage la malade ; les douleurs diminuent, la miction devient facile (il fallait auparavant sonder la malade) ; la fièvre disparaît ; toutefois, vomissements encore de temps à autre. — En septembre, nouvelle crise caractérisée par la fièvre, les vomissements, etc. Le côté gauche du ventre devient très douloureux et on y applique un vésicatoire. Au bout de trois semaines, les phénomènes aigus disparaissent. Sort de l'hôpital au commencement d'octobre, bien que les symptômes soient peu améliorés. Avait eu un retour de ses règles quelque temps auparavant. Nouvelle époque menstruelle le 27 novembre. Rien à la fin de décembre. L'écoulement de pus persistant, ainsi que les vomissements, la malade entre dans le service. — Glace, cataplasmes, lavements phéniqués.

4 *janvier* 1882. — Elle perd beaucoup de pus fétide par le rectum, avec ou sans les matières fécales, et a une diarrhée intermittente qui la fatigue beaucoup. Elle a peu de douleurs spontanées, mais souffre dans les reins et le ventre quand elle fait des mouvements dans son lit ou essaye de se lever. La fièvre a disparu et les vomissements ont cessé depuis quelques jours ; l'appétit et l'embonpoint sont en partie revenus. La palpation de l'abdomen est peu douloureuse, le ventre est tendu et dur. La région hypogastrique est normale ; léger empâtement à gauche, au-dessus de l'arcade crurale. Au toucher, on trouve le vagin aplati d'arrière en avant ; le col est refoulé en avant ; à droite et à gauche les culs-de-sac sont libres, mais douloureux à la pression ; en arrière, il existe une tuméfaction dure, sous forme de plaque épaisse, occupant la moitié supérieure de la cloison recto-vaginale. En pressant à ce niveau, on produit de la crépitation.

10. — La malade souffre de temps à autre et les accès ne se calment qu'après l'évacuation par le rectum d'un demi-verre de pus. — Deux et trois injections de morphine chaque jour.

21. — Affaiblissement : vomissements bilieux.

31. — Douleurs vives dans la partie inférieure du ventre, l'affaiblissement augmente, vomissements ; phénomènes de cystite. Le soir douleurs articulaires vagues, congestion pulmonaire intense. — Ventouses sèches.

1er *février*. — L'état de la respiration est meilleur, le pouls est toujours à 120. Diarrhée fétide.

17. — Depuis hier l'état général s'est aggravé ; la faiblesse est extrême, les yeux sont excavés et la peau a pris une coloration terreuse. La diarrhée et les vomissements persistent.

23. — P. 152. Affaiblissement considérable : voix cassée.

26. — Mort pendant la nuit. Opposition à l'autopsie.

Obs. CMXIV. — *Phlegmon du ligament large.* — Maître-Jean (Louise), vingt et un ans, entre le 26 janvier 1881, salle Sainte-

Marthe, nº 45. Le 19 janvier, ayant ses règles, cette jeune fille prit froid et fut immédiatement affectée de douleurs pelviennes extrêmement vives. Elle consulta un médecin qui prescrivit un vésicatoire ; mais la douleur ne fit que s'accroître, et le 26 janvier elle dut entrer à l'hôpital.

État actuel. — La région hypogastrique est normale, mais la pression en est douloureuse, principalement quand les doigts plongen du côté du petit bassin. Rien d'anormal non plus du côté des organes génitaux externes. Si l'on pratique le toucher, on sent facilement l'utérus qui présente la constitution normale d'un utérus de nullipare, mais paraît enchâssé et immobile. De plus, les culs-de-sac sont presque complètement effacés, enfin, la région est chaude et l'on y sent des battements artériels très distincts. Le spéculum ne révèle rien que le toucher n'ait déjà fait connaître. L'utérus paraît absolument normal ; enfin, le contact de l'instrument avec les parties profondes du vagin provoque de vives douleurs. — Trois injections émollientes par jour. Cataplasmes en boudin portés dans le fond du vagin et cataplasmes larges sur l'hypogastre. Tous les jours, un lavement émollient avec quelques gouttes de laudanum.

27 *janvier.* — Légère amélioration. T. = 38°,5. Etat saburral des voies digestives. Purgatif salin.

2 *février.* — Il y a beaucoup d'amélioration. Cependant l'utérus est toujours enclavé. — Grand bain émollient. La malade se fera des injections dans le bain.

5. — L'utérus est plus libre, les douleurs hypogastriques sont en partie disparues. — 11. Guérison. Exeat.

Obs. CMXV. — *Hystérie : dysménorrhée. Opération de Battey. Guérison.* — Liédois (Pauline), vingt-deux ans, entre le 25 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, nº 46 (Voy. le chapitre des *Gastrotomies*).

Obs. CMXVI. — *Métrorrhagies abondantes. Traitement médical. Guérison.* — L... (Marie), lingère, vingt-trois ans, entre le 25 février 1881, salle Sainte-Marthe, nº 43. Réglée à onze ans, toujours régulièrement, n'a jamais eu jusqu'à ces temps de ménorrhagie. Il y a vingt-huit jours, les menstrues apparurent à leur époque ordinaire, sans douleur excessive et ne présentant à leur début rien d'anormal. Pendant les jours qui les avaient précédées, la malade s'était toutefois livrée à des excès de coït. Elle eut même un rapprochement sexuel, le quatrième jour de ses règles. Depuis ce moment, la ménorrhagie a continué incessamment, sans douleur, affaiblissant la malade, et ne présentant pas d'autres troubles fonctionnels que l'écoulement lui-même. Des caillots sont rendus, mais ils ne semblent point présenter les caractères des caillots de fausse couche. D'ailleurs la malade n'avait éprouvé aucun retard. De plus le toucher vaginal permet de sentir un col de

nullipare entièrement normal. — Repos au lit le plus absolu (tête basse et siège soulevé au moyen d'oreillers). Trois fois par jour, injections d'eau très chaude. Toniques.

Dès le lendemain, amélioration considérable. Même traitement.

27 *février*. — L'hémorrhagie est arrêtée. La malade gardera cependant encore le repos au lit par précaution. — 28. Guérison. Exeat.

Obs. CMXVII. — *Antéversion de l'utérus. Pessaire et ceinture.* — Bourbonneux (Rose), trente-quatre ans, entre le 19 avril 1882, salle Sainte-Marthe. Elle a fait une fausse couche il y a quatorze ans, et a trois enfants de treize, dix et sept ans. A la suite de la dernière couche, elle a été prise d'envies très fréquentes d'uriner, d'abord tous les cinq minutes, puis tous les quarts d'heure. Cette intolérance de la vessie existe encore actuellement. — Le 7 décembre dernier, elle s'était couchée en bonne santé, et, le lendemain matin, elle se réveille avec des douleurs de reins assez vives pour entraver la marche (elle n'était pas à l'époque de ses règles). Depuis ce moment, elle a gardé le lit presque continuellement, ne se levant que quelques heures chaque jour. Aujourd'hui, les douleurs lombaires sont un peu moins violentes; mais il y a dans les aines des douleurs qui s'irradient parfois le long des cuisses. A l'époque des règles qui viennent régulièrement, les symptômes augmentent, et la malade accuse une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

État actuel. — Le col de l'utérus est dirigé en arrière; dans le cul-de-sac vaginal antérieur on sent une tuméfaction dure et non douloureuse, constituée par le corps de l'utérus en antéversion. Application d'un anneau-pessaire de moyen calibre.

22. — Exeat. La malade se fera faire une ceinture à pelote hypogastrique et à sous-cuisses.

Obs. CMXVIII. — *Défaut de développement de l'utérus.* — Madame Morin, quarante-sept ans. N'a vu apparaître ses règles qu'une seule fois dans sa vie, à dix-neuf ans. Elles vinrent sans douleur, ne durèrent que deux jours, et ne furent ni précédées ni suivies d'accident d'aucun ordre. Depuis ce moment, aucune hémorrhagie menstruelle ne s'est jamais manifestée. Tous les ans au printemps, dit-elle, elle est sujette à de fréquents saignements de nez ; mais ces écoulements sanguins ne montrent rien de périodique. Jamais de leucorrhée, ni de coliques utérines, ni de manifestations douloureuses ou fonctionnelles d'aucun ordre du côté des organes génitaux. On peut donc dire de cette femme qu'elle est à peu près demeurée impubère. Mariée cependant à vingt-deux ans, elle n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches. Interrogée avec soin sur ses sensations génitales, elle déclarait avoir éprouvé un certain plaisir aux rapprochements sexuels pendant les premières années de son mariage.

Mais à vingt-six ans, dit-elle, ces rapprochements la laissaient déjà complètement indifférente.

La vulve et toutes les parties qui la composent présentent un état normal; l'entrée du vagin est étroite et montre tous les signes physiques qui caractérisent les nullipares. Le toucher vaginal permet de voir que le canal, d'un calibre ordinaire, ne présente certainement pas la longueur normale. L'introduction des deux premières phalanges de l'index permet en effet d'arriver immédiatement sur le col. Nous estimons à 4 ou 6 centimètres seulement cette longueur du vagin. Le col, très conique, est petit et fait dans le vagin une saillie analogue à un gland de chêne. Les culs-de-sac sont très peu développés et la partie vaginale du col ne présente pas plus de 1 centimètre et demi. L'examen au spéculum nous fait constater les mêmes signes que le toucher vaginal. Facilement, l'instrument est porté au fond du canal où il permet de voir *le col de petite fille*, que le toucher nous avait fait sentir. En combinant le toucher rectal avec le toucher vaginal, l'utérus est ainsi facilement délimité : cette exploration nous le montre libre et mobile dans sa position. Mais toutes ses dimensions sont considérablement diminuées. La mensuration pratiquée avec notre doigt et par conséquent d'une façon approximative nous donne en effet pour le diamètre vertical 4 centimètres, et 2 centimètres et demi pour le diamètre transversal. Ajoutons que l'introduction de l'hystéromètre dans la cavité cervicale est impossible. Il semble exister une atrésie complète de l'orifice externe. Seins de volume normal.

Obs. CMXIX. — *Corps fibreux de l'utérus.* — Bonnard (Clotilde), cinquante-huit ans, entre le 18 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 45. Pas d'hérédité. Névralgies faciales à plusieurs reprises, et une attaque de rhumatisme articulaire, il y a quatorze ans, qui l'aurait retenue trois mois au lit et aurait atteint surtout les articulations de la jambe gauche. Depuis quelque temps, elle a rendu à plusieurs reprises des lombrics par la bouche et l'anus. Les règles se sont montrées à quatorze ans : a eu cinq enfants.

La malade s'est aperçue, il y a cinq mois, que son ventre augmentait de volume. En même temps elle éprouvait de la gêne et des douleurs vagues dans l'abdomen. A plusieurs reprises elle a eu des douleurs plus vives, véritables accès névralgiques, durant deux à quatre heures, et occupant la région inguinale droite et la partie supérieure de la cuisse correspondante. Les digestions sont assez bonnes ; il n'y a pas de constipation, pas de vomissements. La miction est un peu fréquente. Depuis la ménopause, aucun écoulement. Pas d'œdème des jambes ni de dilatations veineuses.

État actuel. — A la palpation, on limite une tumeur du volume de l'utérus au septième mois environ, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, occupant la région médiane, qu'elle

dépasse un peu plus à droite qu'à gauche. Cette tumeur, régulièrement globuleuse, est un peu mobile transversalement. La peau n'est pas adhérente ; elle est très chargée de graisse, de sorte qu'il est difficile d'avoir une idée nette de la consistance de la tumeur qui paraît assez dure. Il n'y a pas d'épanchement ascitique. Le col utérin est très remonté et regarde en arrière ; il est complètement effacé ; le doigt ne sent aucune saillie, et ne reconnaît le col qu'à un orifice allongé entouré de cicatrices d'accouchement. Les culs-de-sac sont libres. — Iodure de potassium et bains sulfureux.

28 *mars*. — La malade peut vaquer à ses occupations en ayant la précaution de porter une ceinture abdominale. Exéat.

Obs. CMXX. — *Corps fibreux de l'utérus*. — Picat, quarante-six ans, cuisinière, entre le 12 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 46. A toujours joui d'une très bonne santé jusqu'à l'âge de trente ans. Jamais d'enfants, pas de fausses couches. Toujours bien réglée jusqu'à ce jour. Depuis 1870, se sent moins bien portante ; accès de coliques néphrétiques. Depuis plusieurs années, elle porte un corps fibreux arrivé aujourd'hui à un certain volume ; progrès surtout depuis deux ans.

Etat actuel. — On sent à gauche une grosseur dure, mobile, faisant corps avec l'utérus. Le toucher révèle une énorme tumeur refoulant le col en haut et en avant. Pas de constipation, mais difficulté à uriner. Bon état général. — 2 grammes d'iodure de potassium chaque jour. Ceinture hypogastrique. Il n'y a pas lieu de faire d'autre traitement.

Obs. CMXXI. — *Tumeur de l'utérus. Métrorrhagies abondantes. Traitement tonique et reconstituant*. — Cartier (Antonine), quarante-six ans, entre le 10 novembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 41. Depuis huit mois, elle a vu son ventre grossir. Elle a beaucoup maigri et a des pertes de sang abondantes. Elle s'était toujours bien portée, a eu trois grossesses à terme. Ses règles, toujours régulières, ont cessé à l'âge de quarante-quatre ans.

A son entrée, nous constatons un développement très marqué de l'abdomen. Il est globuleux, plus saillant à gauche. A la mensuration, on trouve que la circonférence passant par l'ombilic égale 78 centimètres. La distance de l'appendice xiphoïde au pubis est de 29 centimètres. Au toucher on constate la présence d'une tumeur plus développée à gauche qu'à droite. Cette tumeur est dure, sans bosselures bien accusées, indolente à la pression. A la percursion on trouve de la matité depuis l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt du pubis et qui s'étend à droite et à gauche à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Par le toucher vaginal, on trouve que le cul-de-sac postérieur et les deux latéraux sont effacés ; les deux derniers sont même refoulés

par la tumeur. Il semble aussi que l'utérus soit abaissé dans le vagin. Le col a sa consistence normale et la phalange introduite dans son orifice touche immédiatement un corps dur et résistant. La pression sur cette tumeur est douloureuse et provoque un écoulement de sang abondant. La malade souffre beaucoup et compare ses douleurs à celles de l'enfantement. Elle urine très difficilement et la défécation est parfois difficile. Elle a, du reste, toujours eu de la tendance à la constipation. — Traitement tonique. Repos au lit.

21 *décembre.* — La malade ne prend aucune force, quoique les hémorrhagies soient moins abondantes.

Depuis quelques jours, il y a de l'inappétence, de l'insomnie. Les caractères de la tumeur sont les mêmes qu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

12 *janvier* 1881. — La malade demande à retourner chez elle.

Obs. CMXXII. — *Fibro-sarcome de l'utérus, ascite symptomatique.* — Barbarin (Marie), trente-six ans, entrée le 10 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, 39. Mère morte avec un gros ventre. Pas de gourme, pas de glandes, pas de maladies graves. Réglée à quinze ans; quelque temps après, enflure des jambes ayant duré trois semaines. Depuis, réglée régulièrement. Pas mariée, pas d'enfants. Il y a dix ans, goître de la grosseur d'un œuf, traité par la solution d'iodure de potassium et une pommade. Après deux ans de traitement, disparition de la tumeur. Il y a deux ans, très grande fatigue, faiblesse dans les jambes, douleurs dans les hypochondres; s'aperçoit que son ventre grossit. Peu de douleurs, se fatigue facilement. Le ventre augmente peu à peu surtout au moment des règles restées régulières, mais peu abondantes. Pas de pertes blanches. Amaigrissement très notable, appétit et sommeil conservés. La tumeur abdominale a toujours été plus marquée à droite et n'a jamais déterminé de douleurs de ce côté.

A l'entrée. — Teint jaune terreux, face amaigrie, abdomen volumineux, un peu étalé, flot très net; matité de l'ascite. En refoulant le liquide on arrive sur une surface dure intra-abdominale. Circonférence de l'abdomen : 130 centimètres, à l'ombilic. — Ponction avec un trocart à hydrocèle. Il s'écoule, sans entraves, 12 litres d'un liquide limpide non filant, de couleur groseille.

Après la ponction, on peut sentir parfaitement la tumeur déterminant l'ascite symptomatique. Elle a le volume d'une tête d'adulte, est un peu plus marquée à droite qu'à gauche, irrégulièrement arrondie, bosselée, dure, non fluctuante. On ne peut la déplacer. En cherchant à la remuer en masse on a la sensation de neige froissée.

Au toucher vaginal : utérus très abaissé, le col est à 1 centimètre de la vulve dirigé en arrière ; l'utérus est immobile. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur dure, irrégulière; on a la même sensation par le toucher rectal. L'hystéromètre ne s'enfonce que de

6 centimètres et demi dans la cavité utérine, dans quelque sens qu'on cherche à l'introduire. Rien ailleurs.

Elle part pour la campagne le 22 novembre.

Obs. CMXXIII. — *Sarcomes utérins sous-péritonéaux. Épanchement péritonéal. Mort.* — Gillet (Marie), quarante-cinq ans, journalière, entre le 6 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 46. Assez bonne santé. Bien réglée habituellement, elle a vu ses règles s'arrêter à peu près il y a environ deux ans. Au mois de mars dernier son ventre a augmenté de volume. Il y a trois mois elle constata l'existence d'une grosseur, du volume d'une pomme, à la partie gauche et inférieure de l'abdomen, s'accompagnant de douleurs peu vives. Cette grosseur augmenta rapidement de volume.

État actuel. — Épanchement abdominal se déplaçant facilement, remontant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus du pubis ; sonorité exagérée de la région épigastrique. Dilatation stomacale; langue rouge, dépouillée. Cachexie. La malade tousse beaucoup, surtout la nuit. Œdème des jambes, surtout du côté droit.

8 *octobre.* — Ponction qui donne issue à 4 litres de liquide citrin. On sent alors des masses multiples adhérentes à l'utérus, constituant deux groupes, l'un gauche plus petit, l'autre droit plus volumineux.

12. — Nouvelle ponction qui donne issue à 8 litres de liquide citrin. La ponction a soulagé considérablement la malade, qui avait un météorisme considérable et qui pouvait à peine respirer.

14. — La langue est recouverte de muguet.

11 *novembre.* — Cachexie de plus en plus prononcée. Dyspnée intense : affaiblissement rapide.

24. — Langue sèche et fuligineuse. Coma. Mort le soir.

Obs. CMXXIV. — *Polype utérin très petit, implanté dans la cavité du col et donnant lieu à des pertes profuses. Débridement du col avec le thermo-cautère, ablation du polype. Guérison.* — Girard (Marie), trente-sept ans, mécanicienne, entre le 8 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière de quatorze ans et demi à trente-quatre ans. Trois grossesses naturelles. Depuis trois ans, métrorrhagies profuses qui se rapprochent de plus en plus. Anémie, perte des forces, qui la décident à venir à l'hôpital.

État actuel. — Rien d'anormal du côté des organes génitaux externes. Le toucher vaginal montre l'orifice du museau de tanche entr'ouvert, il admet facilement la pulpe de l'index. La cavité du col est le siège d'une tumeur du volume d'un pois, dure, de consistance fibreuse, sensible, implantée sur la paroi postérieure, à surface lisse et unie, sans bosselures et sans ulcération. L'examen au spéculum confirme ces données et prouve en outre que les lèvres du museau

de tanche, les culs-de-sac vaginaux et la muqueuse du vagin n'ont subi aucune altération.

Les touchers rectal et vaginal, combinés avec le palper hypogastrique, ne révèlent rien d'anormal du côté du corps de l'utérus. Indolence. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général encore satisfaisant.

18 *novembre* 1882. — Pas d'anesthésie : décubitus dorsal, spéculum de buis : à l'aide du thermo-cautère, nous faisons un débridement quadrilatère du col, suffisant pour rendre le polype accessible, nous saisissons celui-ci avec des pinces de Museux, nous le détachons avec le couteau du thermo-cautère et nous cautérisons largement sa surface d'implantation. Glace en permanence sur le ventre. Injections antiseptiques quotidiennes.

21. — Pas de réaction fébrile; ne souffre pas; inappétence, écoulement purulent, teinté de sang.

27. — On enlève la glace ; l'écoulement purulent diminue ; se lève pour la première fois. — Même traitement.

3 *décembre*. — Guérison. Sortie.

Obs. CMXXV. — *Polype fibreux de l'utérus. Traitement par la ligature progressive. Guérison.* — Douard (Caroline), trente-neuf ans, sans profession, entre le 7 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 55. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Nullipare; a toujours eu des règles très abondantes ; depuis trois ans elle a des métrorrhagies continuelles. Au début elle éprouvait du côté de l'utérus des douleurs très vives qui ont depuis disparu ; mais les pertes l'ont plongée dans un état d'anémie extrême et, sentant ses forces diminuer de jour en jour, elle se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Pas de déformation des organes génitaux externes. Le toucher vaginal montre que le col utérin largement entr'ouvert est occupé par une tumeur du volume d'un œuf de poule de 6 centimètres de longueur, à surface lisse, unie, sans bosselures et sans ulcération. Rappelant par sa consistance solide, ferme, élastique celle des myômes de l'utérus. L'examen au spéculum confirme ces données, il montre en outre que la muqueuse qui recouvre la tumeur offre une coloration rosée et qu'il n'existe aucun désordre du côté des culs-de-sac vaginaux ou de la muqueuse vaginale. Le cathétérisme utérin montre que la tumeur offre sensiblement les mêmes diamètres dans toute sa hauteur, qu'elle est sessile, qu'elle s'implante sur le fond de l'utérus et qu'on peut les contourner de toutes parts. Les toucher vaginal et rectal combinés avec le palper abdominal montrent que le corps de l'utérus est volumineux mais normal. Indolence. Pas d'autres troubles viscéraux. État général alarmant : l'anémie et la faiblesse sont tellement prononcées

qu'elles font craindre qu'une nouvelle perte ne devienne fatale.

18 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide de sondes métalliques ouvertes aux deux bouts et offrant la courbure de l'utérus, nous conduisons jusqu'à l'implantation de la tumeur une ficelle (corde de fouet) qui forme une anse complète autour de la base, nous montons ensuite ces ficelles sur une même sonde munie d'un petit treuil et nous serrons l'anse autour de la tumeur. Glace en permanence sur le ventre; injections phéniquées quotidiennes. Repos.

Pendant les deux premiers jours, la température oscille entre 37° et 38°4 ; inappétence.

25. — Situation excellente. On enlève la glace ; selles régulières, appétit, sommeil, indolence. On serre le treuil tous les jours.

28. — La tumeur s'est détachée. Ecoulement modéré. — 30. — Exeat.

Obs. CMXXVI. — *Polype fibreux de l'utérus. Ablation avec le thermocautère. Guérison.* — Dautin (Élise), quarante-cinq ans, femme de chambre, entre le 17 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 42. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Menstruation régulière de quatorze ans à quarante-cinq ans. Depuis dix-huit mois elle a vu survenir des métrorrhagies qui durent vingt jours et se répètent à intervalles très rapprochés. Dans les derniers temps ces pertes ce sont accompagnées de douleurs et de tranchées utérines.

État actuel. — Pas de lésions des organes génitaux externes. Laxité extrême de la vulve et des parois du vagin. Lorsqu'on pratique le toucher vaginal on reconnaît que ce conduit est en partie oblitéré par une tumeur du volume et de la forme d'une poire d'Angleterre, dont le pédicule s'engage dans l'orifice du museau de tanche. Cette tumeur offre une surface lisse, unie, sans bosselures. Sa consistance est celle des fibro-myômes. L'index passe facilement entre les parois du vagin qui sont saines et la surface de cette tumeur. Les culs-de-sac et les lèvres du col sont libres et indemnes. L'orifice du museau de tanche est entr'ouvert et laisse passer le pédicule de la tumeur. A l'aide du cathéter utérin il est facile de reconnaître que ce pédicule est grêle et s'implante sur la paroi postérieure de l'utérus immédiatement au-dessus de l'orifice du col. Le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal et le toucher rectal montre que l'utérus a conservé sa forme, son volume, sa situation et qu'il n'offre pas d'altération. Vu la grande laxité de la vulve et des parois vaginales, il suffit d'employer les valves de Sims pour apercevoir la tumeur et reconnaître qu'elle est tapissée par une muqueuse très vascularisée, congestionnée, violacée, mais de bon aspect. La tumeur n'est pas douloureuse à la pression. Rien dans les viscères thoraciques et autres viscères abdominaux. État général encore satisfaisant bien que la malade soit amaigrie et anémique.

22 *avril.* — Chloroforme. Malade dans la position habituelle : nous introduisons dans le vagin deux grands spéculums de Sims, l'un contre la cloison recto-vaginale, l'autre contre la cloison vésico-vaginale; la tumeur apparaît aussitôt et nous la saisissons avec des pinces de Museux pour l'attirer au dehors. Lorsque le pédicule est bien accessible, nous le sectionnons le plus haut possible avec le thermo-cautère. La tumeur enlevée, nous cautérisons la base d'implantation autant pour produire l'hémostasie que pour éviter toute chance de récidive. L'opération a été faite dans des conditions de facilité exceptionnelle. Glace sur le ventre.

A la coupe la tumeur présente la coloration rosée, la texture fibreuse et la consistance du fibro-myôme. — L'examen histologique confirme ces données.

Pas d'accidents. Pertes peu abondantes. — Sortie guérie le 1er mai.

Obs. CMXXVII. — *Polype fibreux de l'utérus. Métrorrhagies. Ablation de la tumeur par le thermo-cautère. Guérison.* — Lovel (Adèle), quarante-trois ans, blanchisseuse, entre le 19 juillet 1882, n° 43, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Forte constitution, bonne santé habituelle. Menstruation régulière de quinze à quarante et un ans. Depuis deux ans, les règles sont devenues plus abondantes, plus fréquentes et se sont prolongées, en prenant les caractères de véritables métrorrhagies. En même temps la malade éprouvait des douleurs lombaires, hypogastriques et crurales.

État actuel. — Rien du côté des organes génitaux externes. Le toucher montre que le vagin et ses culs-de-sac sont libres et sains. Le col de l'utérus est dilaté; par le museau de tanche entr'ouvert, fait saillie une tumeur, dure, solide, de consistance fibreuse, du volume d'une mandarine. L'examen au spéculum confirme ces données et montre en outre que la tumeur est recouverte par une muqueuse rosée, vasculaire, lisse, non ulcérée. Le cathétérisme utérin apprend que la tumeur s'implante par un pédicule étroit sur la paroi postérieure de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'orifice interne du col. Les touchers vaginal et rectal, combinés avec le palper abdominal et le cathétérisme de la vessie, montrent que le corps de l'utérus est sain. Les pertes répétées ont plongé la malade dans un état d'anémie et de nervosisme extrêmes.

29 *juillet.* — Chloroforme. Décubitus dorsal : nous introduisons dans le vagin un large spéculum bivalve. Nous saisisons la tumeur avec une érigne afin de l'abaisser, et après avoir légèrement débridé le col à droite et à gauche, nous sectionnons assez facilement le pédicule à l'aide du thermo-cautère. Pas une goutte de sang. — Glace sur le ventre. Injections phéniquées.

Pas de réaction fébrile, et le 10 *août.* — Guérison. Sortie.

Obs. CMXXVIII. — *Polype fibreux de l'utérus. Ablation avec le forceps-*

scie. Pneumonie gauche. Mort. — Brouillée, quarante-quatre ans, concierge, entre dans le courant de juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. A toujours joui d'une bonne santé : aucun antécédent héréditaire. Elle a deux enfants bien portants. Depuis plusieurs années d'abord des ménorrhagies, puis des métrorrhagies qui persistent depuis deux mois.

État actuel. — Pâleur livide, face bouffie et cireuse. Le pouls est régulier, petit et fréquent. Ventre notablement augmenté de volume. A la palpation : tumeur globuleuse assez volumineuse, donnant absolument la sensation d'un corps fibreux : on déplace assez facilement cette masse dans le sens latéral. Au toucher : tumeur arrondie bien limitée et pédiculée : cette tumeur a le volume d'une petite orange et paraît tout à fait indépendante de celle qui existe dans la cavité abdominale. Pas de constipation : miction aisée. L'état général est bon, l'appétit excellent.

25 *juin.* — Anesthésie. Ablation du polype avec une pince-scie spéciale : opération aisée.

Les quelques jours qui ont suivi l'opération, la malade a présenté quelques accès fébriles très légers : bien-être et soulagement rapides : cessation des hémorrhagies : état général excellent.

10 *juillet.* — La malade est prise subitement d'un frisson et paraît respirer avec difficulté : souffle en arrière du poumon gauche : T. 40°. — Ventouses. Potion de Todd. Sulfate de quinine 2 grammes.

11. — T. 40°. Teinte subictérique de la peau : la respiration s'embarrasse davantage.

12. — Mort. Opposition à l'autopsie.

Obs. CMXXIX. — *Polype fibreux intra-utérin. Ablation. Guérison.* — Bard, trente-huit ans, couturière, entre le 9 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 39. Bien portante jusqu'à l'année dernière, cette malade fut prise de ménorrhagies abondantes il y a environ huit mois. Celles-ci s'accompagnèrent de douleurs lombaires. Il y a deux mois seulement elle sentit les corps fibreux qui venaient faire saillir au col de l'utérus; nous la vîmes alors : le col était sain en apparence, mais nous sentions une saillie dans le cul-de-sac postérieur : le toucher rectal montrait la même saillie, mais sans permettre de pouvoir en déterminer les limites. En définitive il était très difficile à ce moment de savoir si l'on avait affaire à un corps fibreux de la paroi postérieure de l'utérus ou à une rétroversion de l'organe. Dans le doute nous conseillâmes un pessaire en recommandant le repos et en priant la malade de revenir nous voir au moment de ses règles.

Elle vient le 6 mars, et de ce jour nous ne conservons plus de doute sur la nature de la lésion. En effet, comme une bille de billard, la tumeur vient faire saillie entre les lèvres de l'utérus qu'elle entr'ouvre, elle est lisse, rougeâtre. Malheureusement les règles ne

tardent pas à disparaître et la tumeur rentre dans l'utérus : l'opération est donc remise au mois suivant.

La malade revient le 9 avril : le polype fait saillie depuis deux jours comme le mois précédent et présente le même aspect. — Anesthésie. — Les bords du col sont incisés en croix au moyen du thermo-cautère et la tumeur dégagée.

Le fil du serre-nœud en saisit d'abord une partie, mais on sent très bien avec le doigt que la portion la plus volumineuse demeure dans l'utérus. Se guidant alors sur le premier fil et conduisant un second fil avec le doigt, on circonscrit enfin la tumeur et l'on coupe le pédicule. Celui-ci est peu considérable et le corps fibreux, du volume d'une petite bille de billard, est facilement retiré. — 14 *avril.* — Exeat.

Obs. CMXXX. — *Polype fibreux de l'utérus faisant saillie par un orifice de la membrnne hymen entre les lèvres de la vulve. Débridement du col. Section du pédicule avec des ciseaux. Mort.* — Pannetier (Julie), quarante-cinq ans, lingère, entre le 12 novembre 1881, n° 40, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Menstruation régulière depuis l'âge de quatorze ans. La malade est vierge. Depuis quatre ans, le flux menstruel a pris les caractères d'une véritable métrorrhagie. Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles. Douleurs lombaires et hypogastriques.

État actuel. — Lorsqu'on entr'ouvre les lèvres de la vulve, on voit que la membrane hymen est conservée et qu'elle offre, au voisinage de la fourchette, un orifice du diamètre de l'annulaire par lequel fait hernie une tumeur polypeuse du volume d'une amende. La surface de cette tumeur est constituée par une muqueuse rosée, lisse et unie, sans ulcérations. La consistance est uniformément dure et rappelle celle du polype fibreux de l'utérus. Le toucher vaginal est rendu difficile par la persistance de l'hymen; néanmoins on arrive à le pratiquer en réduisant la tumeur. On reconnaît alors que la tumeur est constituée par un polype très allongé qui s'engage dans la cavité utérine. La consistance est la même que celle du prolongement hernié. On ne sent à sa surface ni bosselures ni fongosités. Les parois du vagin, les culs-de-sac et le col sont sains. En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal on sent que le corps de l'utérus est normal. L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine montre que le polype s'implante par un pédicule grêle sur la paroi postérieure, à une grande hauteur. Rien dans les ganglions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

12 *novembre.* — La malade ne veut pas être anesthésiée. Nous la plaçons dans la position habituelle, puis nous faisons la dilatation forcée de l'orifice que présente l'hymen, en introduisant par cette voie un spéculum bivalve. L'orifice du col étant très étroit et ne se

laissant pas dilater facilement, nous le débridons en faisant deux incisions latérales avec des ciseaux. Il nous est alors possible de conduire une longue pince hémostatique dans la cavité utérine jusqu'au point d'implantation et de couper le pédicule immédiatement au-dessous avec des ciseaux. — La pince est laissée à demeure pour faire l'hémostasie définitive.

Sur une coupe, la tumeur est composée d'une masse centrale offrant tous les caractères du tissu musculaire à fibres lisses et d'une membrane d'enveloppe représentée par une muqueuse hypertrophiée, épaisse de 5 millimètres, renfermant de nombreuses glandules dilatées et remplies d'un mucus incolore, visqueux et filant.

Le soir de l'opération, hémorrhagie peu abondante arrêtée par des injections d'eau chaude. On laisse la pince en place pendant quarante-huit heures. Pas de réaction fébrile : tout va bien jusqu'au huitième jour.

16 *décembre*. — Après un refroidissement, péritonite suraiguë.

19. — Mort dans le collapsus.

Autopsie. — Péritonite et abcès du ligament large. Le petit bassin est rempli de pus infiltré entre les anses intestinales agglutinées par des néo-membranes récentes. Ce pus est peu abondant. On le retrouve dans le ligament large gauche. Pas de ganglions suppurés apparents. L'utérus est volumineux, congestionné. Implantation du polype à la partie supérieure et postérieure du col. Le pédicule restant est enflammé mais non suppuré.

Obs. CMXXXI. — *Fibrome utérin développé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col et dans la paroi correspondante du corps. Métrorrhagies répétées. Ablation avec l'anse galvano-caustique et le thermo-cautère.* — Dettiou (Adrienne), quarante-six ans, marchande de fleurs, entre le 22 décembre 1881, n° 37, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Menstruation régulière de dix-huit à trente-neuf ans. Depuis sept ans, métrorrhagies au moment des règles, douleurs pelviennes et abdominales irradiées aux cuisses. Sensation de poids dans le bas-ventre. Il y a quatre ans on a commencé à traiter la malade par des injections vaginales de chloral. Les douleurs ont été momentanément calmées, mais sont revenues ensuite. Depuis six mois les métrorrhagies reviennent tous les quinze jours. La malade, effrayée et voyant qu'elle perd ses forces de jour en jour, se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — Le toucher vaginal montre que la lèvre postérieure du col est le siège d'une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de poule, dure, solide, de consistance fibreuse, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures. Cette tumeur se continue dans l'épaisseur de la paroi postérieure du corps de l'utérus ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte en combinant le toucher rectal avec le palper

abdominal. La lèvre antérieure du col, la paroi correspondante du col et le fond sont sains. L'examen au spéculum montre que la muqueuse qui revêt la lèvre postérieure est violacée, congestionnée, mais qu'elle ne présente ni ulcération ni fongosités. Miction et défécation normales. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général peu satisfaisant. Emaciation, débilité, anémie profonde.

24 *décembre.* — Chloroforme. La malade étant couchée dans la position habituelle, nous introduisons dans le vagin un grand spéculum en buis. Nous saisissons la lèvre postérieure du col dans l'anse du galvano-cautère, et après l'avoir bien fixée, nous faisons mettre les extrémités de cette anse en communication avec les pôles de la pile. Pendant que le courant passe, ce dont nous sommes averti par un léger bruissement dû au contact du fil incandescent avec les tissus, nous serrons l'anse en enroulant ses extrémités sur un petit treuil annexé à l'appareil. La section s'effectue lentement, sans donner lieu à aucun écoulement sanguin. Elle a détaché une bonne partie de la lèvre postérieure et par conséquent de la tumeur; malheureusement l'anse ayant glissé, l'ablation n'est pas aussi large que nous l'aurions désiré. Nous sommes donc obligé d'enlever le reste de la tumeur avec le couteau du thermo-cautère.

La pièce anatomique offre l'aspect blanc rosé et la consistance du fibro-myôme. — *A la coupe* elle crie sous le scalpel.

Glace, repos, injections phéniquées quotidiennes.

27. — Pas de réaction fébrile; suppuration abondante.

2 *janvier.* — Situation excellente, l'écoulement se tarit.

6. — Guérison. Sortie.

Obs. CMXXXII. — *Fibro-myome utérin ayant formé un énorme prolongement polypiforme qui est sorti par la vulve. Péritonite. Mort. Autopsie.* — Hardy (Jeanne), trente-huit ans, couturière, entre le 6 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 47. Il y a six ans, au mois d'avril, que cette femme a été malade pour la première fois. Elle aurait eu une hématocèle rétro-utérine. M. Hérard qui l'a vue aurait porté aussi ce diagnostic. Une ponction qui lui a été faite a donné du sang. Après quelque temps sa santé s'est rétablie en apparence, puis elle a eu quelques pertes. Il y a trois ans elle souffrait beaucoup du bas-ventre, à cette époque elle nous consulte et nous constatons l'existence de tumeurs fibreuses de l'utérus. Le 15 juin 1878, nous enlevons à cette malade une tumeur fibreuse par le vagin. L'opération avait été nécessitée par des douleurs vives et des pertes très abondantes. A la suite de cette opération, sa santé a été bonne pendant dix mois. Mais en avril 1879, elle fut prise à nouveau de pertes très abondantes, et le 3 mai 1879, nous sommes obligé d'extraire par le vagin une nouvelle tumeur fibro-kystique. La malade a eu une nouvelle amélioration. Le 29 mars 1880, elle a eu encore une perte con-

sidérable, puis elle est restée en assez bon état jusqu'en février 1881; à cette époque elle a ressenti de violentes douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement, et depuis cette époque elle a continué à souffrir.

État actuel. — L'examen du ventre montre qu'il est en grande partie rempli par une grosse masse dure, médiane, arrondie, du volume d'un utérus à terme présentant sur la partie latérale droite de son fond une masse surajoutée à la masse principale. Le toucher vaginal fait sentir dans le vagin une tumeur fibreuse du volume d'une orange. Le col utérin ne peut être senti. — Dans la journée, la malade est prise d'une perte abondante qui est arrêtée par une injection d'eau chaude.

7 *mai.* — A 2 heures de l'après-midi, nouvelle perte. — Tamponnement.

8. — La malade est pâle, abattue, très affaiblie; l'état général est mauvais. Les tampons sont laissés en place.

9. — Les tampons sont sortis spontanément.

11. — L'état général est de plus en plus grave, la malade a quelques envies de vomir. Peu de fièvre. Le faciès est des plus altérés. Par la vulve sort une masse mollasse du volume du poing, terminée en pointe à son extrémité libre, à surface rosée dans une partie de son étendue, gris noirâtre à son pourtour et surtout aux bords, en partie sphacélée et répandant une odeur infecte. Il y a de la rétention d'urine, la vessie remonte presque à l'ombilic. Elle forme au-devant de la masse fibreuse une saillie arrondie, fluctuante. Le cathétérisme fait avec une sonde molle donne environ 500 grammes d'urine. Le soir la malade a uriné seule.

12. — L'état général est de plus en plus grave : mort à 3 heures.

Autopsie. — L'*intestin* est refoulé en haut et présente à sa surface des traces évidentes de péritonite avec exsudats plastiques et suppuration en quelques points. — La *vessie* adhérente à la masse utérine, aplatie et étalée à sa face antérieure, remontant à environ 15 centimètres au-dessus du pubis, contient à peu près 300 grammes d'urine. — La *masse utérine* présente la forme d'un utérus gravide à la fin de la grossesse et en a le volume. Sur son fond, du côté droit, faisant corps avec elle, existe une masse surajoutée du volume du poing, lobulée et dure. En d'autres points du fond de la masse principale sont fixées d'autres tumeurs du volume d'une noisette à une noix. Les deux branches horizontales du pubis et les deux branches ischio-pubiennes étant coupées et la partie antérieure du canal pelvien enlevée, on voit la continuité de la masse utérine abdominale avec son prolongement polypiforme qui descend dans le vagin et passe à la vulve. Sur cette énorme tumeur on aperçoit là où finit le vagin, à peu près au niveau du détroit supérieur, une bride transversale large et épaisse constituant un anneau de grand

diamètre comme celui que fournirait le col complètement dilaté pendant l'accouchement. Cet anneau, dont le bord supérieur est confondu avec la masse abdominale, dont le bord inférieur est libre, laisse passer la tumeur qui, placée dans le vagin, remplit toute l'excavation pelvienne et va faire saillie à l'extérieur. En insinuant le doigt entre cet anneau formé par le col et la masse qui en sort, on trouve du côté gauche, et en avant, une cavité dans laquelle le doigt pénètre : c'est le reste de la cavité utérine qui a été refoulée en avant et à gauche.

La paroi antérieure de cette cavité mince et musculeuse étant incisée, on est conduit au fond de la masse utérine et on voit que la partie qui fait issue par le vagin et la vulve n'est autre qu'un énorme fibrome utérin, allongé, élargi à sa partie supérieure et ayant pour implantation les faces latérale droite et postérieure, ainsi que le fond de l'utérus aux dépens desquels elle s'est développée.

La coupe de la tumeur et des masses qui y sont surajoutées montre qu'elle est entièrement composée d'un fibro-myome plus mou à son centre et à l'extrémité qui passait par la vulve, entourée d'une couche d'un centimètre d'épaisseur d'apparence plus fibreuse, blanchâtre à la coupe, tandis que presque toute la masse a une teinte rosée et rappelle par son aspect et sa consistance la coupe d'un gigot peu cuit.

Obs. CMXXXIII. — *Épithélioma utérin* (*inopérable*). — Davoust, trente-sept ans, entre le 15 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. Toujours bien portante, ne présente aucun antécédent diathésique suspect. Rien dans ses antécédents héréditaires. A eu deux enfants bien portants, le dernier il y a dix ans. A toujours été bien réglée jusqu'au mois de janvier dernier. Depuis six mois, a des pertes blanches, alternant avec des hémorrhagies. Ces dernières n'étaient pas très abondantes, excepté la dernière; écoulement de sérosité fétide. Quelques douleurs de névralgie lombo-abdominale; tiraillements dans les cuisses et pesanteur dans le bas-ventre. Constipation, miction aisée. État général bon.

État actuel. — Le ventre est souple, aucune tumeur appréciable au palper. Le toucher vaginal nous fait arriver immédiatement sur une excroissance en choux-fleurs assez volumineuse qui a envahi tout le col utérin, mais les culs-de-sac semblent encore indemnes. Odeur fétide spéciale.

La malade ne nous semble pas devoir bénéficier d'une opération; un traitement symptomatique est prescrit.

Obs. CMXXXIV. — *Cancer de l'utérus* (*inopérable*). — Leclerc (Augustine), entre le 28 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 54. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à quatorze ans. Menstruation régulière jusqu'à il y a deux ans. Depuis treize mois, métrorrhagies

abondantes. Ces pertes sont presque continuelles. Parfois il sort de gros caillots noirâtres excessivement fétides; douleurs dans le bassin et dans les lombes.

État actuel. — Par le toucher vaginal on constate que le col et le corps sont envahis par une tumeur bosselée, grosse comme une orange, dure à certaines places, ramollie et ulcérée dans d'autres. Elle est saignante et le doigt qui a fait l'exploration est couvert d'un liquide ichoreux extrêmement fétide. Cachexie profonde. — Aucune opération n'est possible. Toniques. Injections antiseptiques.

Obs. CMXXXV. — *Hémorrhagie par rupture du clitoris. Pincement hémostatique. Guérison.* — M[me] Astère, trente-cinq ans, blanchisseuse, entre le 5 février 1881, salle Sainte-Marthe. Montée sur l'impériale d'un omnibus, cette femme, voulant s'asseoir, se laissa tomber assez lourdement sur l'une des barres de fer qui séparent les places les unes des autres. Aussitôt elle sentit le sang couler des parties génitales. Puis devenant faible, et voyant l'hémorrhagie persister, elle vint à l'hôpital à 10 heures et demie du soir, deux heures après l'accident.

A son entrée. — Pâleur, anxiété, petitesse du pouls, soif extrêmement vive, etc. En un mot, tous les symptômes généraux d'une hémorrhagie assez abondante. Des caillots forment une couche étendue qui recouvre non seulement les organes génitaux externes, mais aussi le mont de Vénus tout entier et le pubis. La chemise est entièrement couverte de sang, et la robe elle-même en porte de larges taches. Des organes génitaux coule un petit filet d'une façon continue, ce qui montre que l'hémorrhagie n'est pas arrêtée. Au toucher l'utérus est normal. Après avoir soigneusement lavé les parties génitales externes, on voit que le clitoris a été écrasé, et c'est de ses corps caverneux que le sang s'écoule en si grande abondance; application d'une pince hémostatique. Immédiatement, l'hémorrhagie s'arrête. La malade est enveloppée de linges chauds : potion de Todd et bouillon.

6 *février*. — Il ne s'est pas écoulé une goutte de sang depuis l'application de la pince. La malade va bien. La pince est encore laissée à demeure. — On l'enlève au bout de vingt-quatre heures. Guérison.

Obs. CMXXXVI. — *Hypertrophie papillaire des petites lèvres. Ablation avec des ciseaux. Guérison.* — Schalt, vingt-neuf ans, 2 avril 1881 (externe). Toujours bien portante et bien réglée, cette femme a eu deux enfants, le dernier il y a huit ans. C'est depuis ce moment que commencèrent à se développer les tumeurs dont elle est affectée. La petite lèvre droite fut prise la première : progressivement une excroissance ovoïde, et très vite pédiculée, arriva au volume d'une petite amande. Cette excroissance occupait la partie supérieure et le bord libre de la petite lèvre. Puis la petite lèvre gauche fut également

prise, mais l'excroissance qu'elle présenta fut toujours lamelleuse et ne devint jamais ovoïde comme celle de sa congénère. Il y a trois mois, la tumeur de la petite lèvre droite s'ouvrit spontanément, donnant passage à un liquide hématique. La malade croit que depuis ce moment la tumeur augmente encore tous les jours.

État actuel. — L'excroissance droite est beaucoup plus volumineuse et en même temps plus pédiculée que la gauche. Elles présentent l'aspect d'un appendice de même nature que les petites lèvres elles-mêmes, peu sensibles, d'une consistance mollasse, sans coloration extraordinaire, elles sont évidemment constituées par une hypertrophie simple des éléments de la région.

2 *avril.* — Un coup de ciseaux supprime les tumeurs et rend aux petites lèvres leurs dimensions normales. Des serres-fines rapprochent les bords de la plaie.

4. — On enlève les serres-fines. Rien d'anormal du côté de la plaie.

6. — Guérison complète.

Obs. CMXXXVII. — *Végétations de la vulve. Ablation par le thermocautère.* — Barbier (Léontine), dix-neuf ans, blanchisseuse (année 1881). Cette jeune fille, d'une bonne santé habituelle, a depuis trois mois et demi une vaginite intense.

État actuel. — Outre les signes de vaginite, elle a des végétations, qui forment deux bouquets symétriques, à la partie inférieure des grandes lèvres, de la grosseur d'un œuf de pigeon environ. De plus, il en existe d'autres, disséminées dans tout le pli génito-crural et sur la peau des grandes lèvres. — Anesthésie. — Les deux groupes de végétations sont cautérisées et enlevées en partie avec le thermocautère. Les autres sont excisées avec des ciseaux et cautérisées. Les premières donnent beaucoup de sang.

Quelques jours après, la malade revient à l'hôpital, l'état est des plus satisfaisants ; il reste quelques végétations isolées qu'on enlève avec les ciseaux. Traitement de la vaginite par les injections à l'alun, les tampons, etc.

21 *avril.* — La malade se soigne mal, n'a pas les soins de propreté nécessaires, aussi la vaginite existe-t-elle toujours et une partie des végétations ont repoussé ; on attend pour les traiter que l'écoulement ait disparu.

Obs. CMXXXVIII. — *Végétations ano-vulvaires. Ablation. Guérison.* — Ausvoudant (Joséphine), seize ans, blanchisseuse, entre le 12 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55. Cette malade n'a jamais eu la syphilis. L'examen des parties génitales ne permet d'y découvrir non plus aucune inflammation. Jamais de leucorrhée, très soigneuse de sa personne.

État actuel. — Nombreuses végétations, situées à la partie interne des grandes lèvres, elles forment une ligne étendue de haut en bas

et d'avant en arrière jusqu'à l'anus au pourtour duquel elles rejoignent celles du côté opposé, constituant ainsi un V à sommet postérieur et à branches se terminant à la partie interne et supérieure des grandes lèvres. Leur volume est peu considérable, les plus grosses présentent à peine les dimensions d'un pois, leur forme est très variable ; coniques sur certains points, elles sont sur d'autres aplaties, ramifiées, plus ou moins longues, plus ou moins sessiles.

12 *avril.* — Nous essayons d'enlever ces productions morbides au moyen du raclage avec des ciseaux courbes frottant avec le tranchant. Mais cette opération détermine des douleurs si intenses que nous sommes obligés d'endormir la malade. Anesthésie. Excision des végétations. Comme le sang coule abondamment après l'excision de chaque groupe, nous passons sur la région une solution liquide de nitrate d'argent, qui, hémostatique, a pour effet encore de cautériser les végétations trop petites pour être excisées. Pansement simple.

13. — Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Quelques petites papilles hypertrophiées pouvant faire craindre une récidivive : nous les touchons encore avec un pinceau chargé de la solution concentrée de nitrate d'argent.

14. — Grand bain. La malade marche très facilement. — 15. Exeat. Guérison.

Obs. CMXXXIX. — *Végétations ano-vulvaires : opération avec le bistouri et les ciseaux, pinces à demeure. Tumeur fibreuse concomitante de l'utérus.* — Lalechère (Dorothée), quarante-huit ans, concierge, entre le 19 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à seize ans, régulièrement, mais abondamment. Mariée à trente-six ans : un peu avant sentait déjà son ventre grossir, sans douleurs. Pas d'enfants. Depuis sept ou huit ans, pertes tous les quinze jours à peu près, durant parfois dix à quinze jours : caillots et flux sanguins ; peu d'amaigrissement. Souffre du ventre en marchant, peu au repos. Les douleurs sont surtout marquées dans le côté gauche. Pertes blanches continues. La croissance du ventre a été continue. Pendant les règles il est moins gros, moins tendu, au dire de la malade. Depuis seize à dix-sept mois, végétations ano-vulvaires, plus marquées vers l'anus, du volume d'un œuf de poule, gênant peu pour la défécation, saignant très peu, mais donnant lieu à de vives démangeaisons et à un suintement muco-purulent infect.

État actuel. — Végétations du volume d'un œuf de poule, les unes sessiles, les autres pédiculées en chou-fleur, abdomen proéminent en avant, et ayant 1m,05 de circonférence à l'ombilic. A la palpation : tumeur dure à grosses bosselures, mobile, sans aucune fluctuation, venant du petit bassin, mate. Au toucher vaginal : col de nullipare remonté, appliqué contre le pubis immobile.

19 *novembre.* — Anesthésie par le chloroforme, ablation des végé-

tations avec le bistouri et les ciseaux ; hémorrhagie en nappe arrêtée avec huit pinces. Compresses phéniquées. — Les pinces sont enlevées une heure après l'opération.

21. — La malade sort sur sa demande.

Obs. CMXL. — *Végétations ano-vulvaires. Ablation par le grattage avec une rugine coupante.* — Maître (Célina), dix-neuf ans, mécanicienne, entre le 10 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a quatre mois, au cours d'une première grossesse, des végétations se sont développées sur les organes génitaux externes, et n'ont pas diminué depuis.

Etat actuel. — Les organes génitaux externes et le pourtour de l'anus sont déformés par de véritables tumeurs formant de chaque côté de l'orifice vulvaire deux saillies ayant chacune le volume d'un gros œuf de poule et s'étendant aux grandes et aux petites lèvres, à la fourchette, ainsi qu'à la région anale : leur surface, hérissée de saillies papilliformes, offre une coloration rouge-violacé qui rappelle celle des organes génitaux pendant la grossesse ; elle est le siège d'un suintement séro-purulent continu et abondant qui baigne la face interne de la racine des cuisses et qui provoque de l'érythème et une sensation de prurit et de brûlure fort désagréable.

Chacune de ces tumeurs est composée de végétations agminées représentant des papilles déformées et hypertrophiées, dont les unes sont coniques, les autres cylindriques, d'autres renflées en massue. Elles peuvent se séparer facilement les unes des autres, comme les grains d'une grappe, et on reconnaît alors que la plupart ont des pédicules isolés, tandis que quelques-unes sont reliées à leur base par un pédicule commun. Leur extrémité libre est érodée, dépouillée d'épiderme et donne lieu au suintement séro-purulent que nous avons signalé, tandis que le reste de leur surface est recouvert par des tuniques épithéliales blanchâtres et comme macérées. A la palpation on reconnaît que ces productions ne dépassent pas l'épaisseur du derme, la peau et la muqueuse glissant facilement au-dessus de la couche cellulo-adipeuse sous-jacente. Les touchers rectal et vaginal montrent que les muqueuses du vagin et de l'intestin sont saines.

L'examen au spéculum révèle une érosion du col et un peu de catarrhe utérin, mais pas de vaginite aiguë ni d'uréthrite. Rien dans les ganglions inguino-cruraux.

25 *novembre.* — Chloroforme. Pendant qu'un aide tend fortement la peau, comme dans les cas où il s'agit de raser les poils, nous ébarbons avec des ciseaux les végétations isolées et nous faisons le grattage de celles qui sont agminées, avec une cuiller tranchante, et en procédant de bas en haut afin que la rosée sanguine, qui résulte de l'opération, ne masque pas le reste de la tumeur. La plupart des vé-

gétations ont une implantation très superficielle, mais quelques-unes occupent toute l'épaisseur du derme que nous sommes obligé de détruire en ces points. Compression ouatée, bandage en T.

Pas de réaction fébrile, pas d'hémorrhagie. — 5 *décembre*. — Guérison. Sortie.

Obs. CMXLI. — *Sarcome mélanique* (?) *de la grande lèvre droite et des régions pubienne et hypogastrique, avec dilatation énorme des lymphatiques cutanés. Ablation par morcellement à l'aide du thermo-cautère. Mort trois mois après.* — Malassagne (Marie), quarante-sept ans, blanchisseuse, entre le 1er mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Forte constitution. Bonne santé habituelle, quatre enfants, six fausses couches. En juillet 1880, apparition à la partie supérieure de la grande lèvre droite, au niveau du clitoris, d'une tumeur qui se développa lentement et progressivement, et fut enlevée le 19 juillet 1881. Elle avait alors le volume d'une noix. Il existait des ganglions inguino-cruraux malades des deux côtés que l'on aurait enlevés quinze jours après la première opération. Les plaies guérirent rapidement, mais deux mois plus tard la récidive se faisait dans la région pubienne. Depuis ce moment la tumeur a pris des dimensions considérables.

État actuel. — La tumeur occupe la grande lèvre droite, toute la région pubienne et la région hypogastrique jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse; ses limites latérales sont constituées par les plis inguino-cruraux, de sorte qu'elle offre la configuration d'un grand triangle. Sa surface convexe en verre de montre forme au-dessus des parties saines un relief variant de 1 à 2 centimètres. La peau qui la recouvre est le siège de dilatations vasculaires, affectant une forme hélicoïde et dirigées pour la plupart verticalement. Le diamètre de ces varicosités varie d'un demi-centimètre à 1 centimètre et demi. On voit qu'elles sont développées dans l'épaisseur du derme dont elles ont distendu la trame, pour se faire jour sous l'épiderme. A leur niveau, en effet, le tégument est aminci, blanchâtre, transparent, d'aspect cicatriciel. Il donne l'idée de ces vergetures du derme que l'on observe à la suite de la distension des parois du ventre par la grossesse ou par une tumeur; avec cette différence que ces vergetures font relief comme si elles étaient soufflées ou soulevées par de l'œdème. Ces dilatations vasculaires sont développées aux dépens des lymphatiques superficielles. Elles sont compressibles et réductibles par la pression. Dans leurs intervalles, la peau présente sa coloration habituelle; mais lorsqu'on la plisse, elle prend l'aspect caractéristique de la peau d'orange. Partout elle est adhérente à la tumeur. Celle-ci est dure, solide, de consistance squirrheuse à sa partie moyenne, mollasse et rappelant la consistance de certaines chéloïdes

à sa périphérie. Elle paraît mobile à la surface des muscles de la paroi abdominale. Les ganglions inguino-cruraux du côté gauche sont indurés, hypertrophiés, adhérents, ils paraissent se confondre avec un prolongement de la tumeur. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

18 *mars.* — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, nous faisons à 2 centimètres des bords de la tumeur des incisions qui se réunissent par leurs extrémités et forment les côtés d'un triangle. Ceci fait nous traçons une autre incision médiane et verticale représentant la bissectrice de l'angle inférieur et nous enlevons la tumeur par voie de morcellement. Elle s'est développée aux dépens de la peau et du tissu cellulo-adipeux sous-cutané qui forme une couche de 5 à 6 centimètres d'épaisseur. En plusieurs points elle adhère à l'aponévrose dont nous sacrifions toutes les portions envahies. Un prolongement important s'étend dans l'épaisseur de la grande lèvre droite, nous l'enlevons largement. Un autre prolongement gagne la région inguino-crurale gauche, nous le poursuivons, et nous constatons qu'il s'étend jusqu'à la gaine des vaisseaux fémoraux. Cette partie de l'opération exige des précautions minutieuses. Nous enlevons du même coup les ganglions malades. — Suture des angles supérieur et externe de la plaie. Pansement de Lister.

Sur une coupe la tumeur offre les caractères du sarcome à différents degrés de développement depuis l'état embryoplastique, jusqu'à l'état squirrheux. Elle contient des noyaux mélaniques volumineux. La peau est totalement dégénérée. La coupe des varicosités lymphatiques montre que ces vaisseaux dilatés renferment un liquide rosé, séreux.

20 *mars.* — La température oscille entre 37° et 38°. Vomissements.

26. — La température oscille entre 37° et 39° : les vomissements ont cessé. État local excellent.

1er *avril.* — On a enlevé les fils. Suppuration abondante. Température 37°. État local et général excellent.

4. — Température normale ; cicatrisation en bonne voie.

25 *mai.* — Cicatrisation presque complète, mais noyau de récidive dans l'autre grande lèvre ; la malade se lève.

28. — Envahissement des ganglions pelviens et abdominaux. Vomissements. Symptômes d'urémie.

2 *juin.* — L'état général s'aggrave rapidement ; la tumeur fait des progrès incessants ; urémie ; somnolence.

5. — Mort dans le coma. — L'autopsie est refusée par la famille.

Obs. CMXLII. — *Epithélioma du clitoris étendu aux petite et grande lèvres du côté gauche. Ablation par le bistouri. Erysipèle. Mort.* — Dupas (Augustine), quarante-cinq ans, marchande de chaussures, entre le 12 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. Pas d'hérédité, pas

d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans, sans causes connues, elle remarqua sur le clitoris une production du volume d'un grain de blé qui s'accrut progressivement et s'ulcéra au bout de dix-huit mois. L'ulcération laissait suinter un liquide ichoreux, roussâtre et devenait parfois le siège de petites hémorrhagies en nappe. Elle s'étendit lentement jusqu'il y a un an, époque à laquelle elle envahit la petite lèvre du côté gauche. A partir de ce moment ses progrès ont été plus rapides.

État actuel. — Le clitoris, la petite lèvre gauche et le tiers supérieur de la grande lèvre correspondante sont déformés par une tumeur bourgeonnante, ulcérée, à surface rouge, saignante, hérissée de saillies papilliformes hypertrophiées et déformées. Parmi ces productions, les unes sont recouvertes de cônes épithéliaux, les autres sont dénudées, et comme rougies. Entre les saillies, existent des sillons et des anfractuosités baignées de pus, d'ichor et de détritus épithéliaux. Bien que le mal dépasse à droite la ligne médiane, les lèvres de ce côté sont indemnes, il en est de même du méat urinaire et du reste de la vulve. La tumeur repose sur une base indurée d'une certaine épaisseur, mais ne contracte pas d'adhérences avec la branche ischio-pubienne ou le pubis. Les ganglions inguino-cruraux du côté droit sont engorgés et hypertrophiés. Douleurs sourdes, continues, lancinantes et prurit insupportable. Pas de troubles de la miction. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

22 *juillet.* — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur les grandes lèvres au-dessus et au-dessous du champ de l'opération. A l'aide du bistouri, nous circonscrivons la tumeur et nous la disséquons par sa face profonde. Le méat urinaire n'est pas intéressé. Hémorrhagie en nappe assez abondante facilement arrêtée par la filo-pressure et la compression. Réunion des lèvres de la plaie à l'aide de trois points de suture profonds et de cinq points superficiels. Nous enlevons ensuite les ganglions inguino-cruraux droits. Ils sont au nombre de trois ; l'un d'eux est kystique et contient un liquide d'aspect séreux, louche. Suture de la plaie inguinale : Drain. — Pansement de Lister.

Les jours suivants, la malade n'urine pas, on est obligé de la sonder; inappétence, vomissements; la température oscille entre 39° et 40°. Ces phénomènes inquiétants cessent rapidement : la rétention d'urine disparaît.

29. — État général satisfaisant.

31. — Après un frisson violent avec fièvre et vomissements, la malade se plaint de souffrances vives dans la région clitoridienne qui est rouge, tuméfiée et douloureuse; c'est un début d'érysipèle.

1er *août.* — L'érysipèle s'étend sur les deux cuisses jusque vers leur partie moyenne; passage à l'isolement.

2. — Même état; la rougeur gagne les fesses et l'hypogastre; diarrhée noire, fétide, très tenace.

10. — La malade va très mal: incontinence des matières fécales; répond difficilement aux questions qu'on lui pose.

11. — Mort à neuf heures du soir; l'autopsie n'a pu être faite.

Obs. CMXLIII. — *Épithélioma et psoriasis vulvaire. Ablation. Guérison.* — Gondin (Jeanne), quarante-quatre ans, domestique, entre le trente et un mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 3. Pas d'hérédité. Bonne santé, aucun antécédent appréciable de syphilis. Il y a deux ans, plaques blanches à la face interne de la grande lèvre droite, prurigineuses d'abord, puis indolentes. Il y a six mois, apparition d'une ulcération à la partie supérieure de la face interne de cette même grande lèvre.

État actuel. — Au point indiqué, est une ulcération évidemment de nature épithéliomateuse, présentant les dimensions d'une pièce de deux francs et reposant sur un fond boursouflé et saignant. La base de l'ulcère est indurée et cette induration s'étend au loin, rayonnant d'une façon assez irrégulière. Autour de l'ulcération sont des plaques blanchâtres fendillées, présentant cet aspect gaufré qui caractérise le psoriasis buccal, s'étendant à 3 ou 4 centimètres, recouvrant la muqueuse sur tous les points où l'on sent de l'induration. En dedans, elles remontent sur la face externe de la petite lèvre droite et arrivent jusqu'à son bord libre. En haut, elles atteignent presque la région du clitoris. Sur les points où la muqueuse est à nu, nous la trouvons rouge et framboisée : ses papilles enfin sont évidemment hypertrophiées, elles sont insensibles et la palpation ne cause aucune sensation spéciale. Il n'en est pas de même de l'épithélioma qui est devenu le siège de cuissons assez vives. Pas de ganglions dans les aines. L'état général est demeuré excellent et n'a été en aucune façon modifié.

2 *avril.* — Opération. Ablation au thermo-cautère non seulement de l'épithélioma, mais aussi de toute la partie de la muqueuse envahie par les plaques. Il n'y a pas d'hémorrhagie. — Pansement phéniqué.

La malade va bien pendant les premières semaines, mais, la cicatrisation tardant à se faire, on est obligé d'exciter le travail de réparation par des cautérisations au nitrate d'argent. Après six semaines, la cicatrisation est presque complète. Dès ce jour on remplace les pansements phéniqués par des lavages alcalins.

13 *juin.* — Guérison complète. Exeat.

Obs. CMXLIV. — *Inflammation de la glande vulvo-vaginale droite. Incision. Guérison.* — Koiurol (Blanche), figurante, entre le 7 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 40. Vaginite chronique remontant à

plusieurs années : excès génésiques. La glande vulvo-vaginale malade a déjà une fois été le siège d'une inflammation phlegmoneuse, il y a deux ans. Cette première bartholinite, traitée simplement par l'application de cataplasmes, se termina par l'ouverture spontanée du phlegmon au bout de neuf jours. Nouveaux accidents phlegmoneux depuis cinq jours.

État actuel. — La marche est très pénible, et le moindre mouvement détermine les douleurs les plus vives; la cuisse droite est portée dans l'abduction, le tronc légèrement fléchi sur les membres abdominaux. Tumeur du volume d'une noix, à la partie interne et au tiers inférieur de la petite lèvre droite. Cette tumeur occupe d'ailleurs la région correspondante de la grande lèvre dans l'épaisseur de laquelle elle s'est développée. La muqueuse de la vulve est violette et très tendue au niveau de la tumeur, la fluctuation est nette si l'on embrasse le phlegmon entre le pouce et l'index. Il y a un peu d'engorgement ganglionnaire dans l'aine correspondante. — Incision à la partie interne de la petite lèvre. Issue d'un pus non fétide, franchement phlegmoneux : détente immédiate.

8 *janvier.* — La malade peut être explorée au spéculum. On constate les signes d'une vaginite chronique avec granulation des parois du vagin. — Applications de bourdonnets de charpie imbibés de glycérolé de tannin ; injections d'eau de feuilles de noyer. La pression de la glande vulvo-vaginale malade n'est plus aucunement douloureuse. — La malade sort guérie le 12 janvier. Une certaine induration de la glande vulvo-vaginale gauche peut encore être constatée. La vaginite sera méthodiquement soignée.

Obs. CMXLV. — *Double kyste suppuré des glandes de Bartholin. Incision. Drainage.* — Berger, trente-cinq ans, cuisinière, entre en juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. D'une bonne constitution, n'a jamais fait de maladie, et ne porte les traces d'aucune manifestation diathésique appréciable; est bien réglée. Il y a trois ans, sans cause appréciable, la grande lèvre du côté gauche s'est tuméfiée : augmentation progressive de cette tumeur, qui finit par rendre tout travail impossible ; la station debout était pénible, et la station assise était excessivement difficile ; un abcès finit par s'ouvrir seul.

État actuel. — La grande lèvre du côté gauche est en effet le siège d'une tuméfaction assez considérable ; l'exploration de la région est douloureuse. A la partie inférieure et à la face interne de la grande lèvre, on distingue un petit orifice aux bords durs et donnant issue à une quantité très minime de liquide presque purulent. La fluctuation persiste d'une façon manifeste. — Incision de l'abcès et drainage longitudinal. Par la pression, nous faisons sourdre une quantité de pus assez considérable. Lavages phéniqués. Compresses phéniquées et compression. Le lendemain, grand soulagement. Purgatif. — Les

pansements sont régulièrement faits chaque jour. La malade n'a pas présenté de fièvre, et la suppuration se tarit assez rapidement.

Au moment où nous songions à retirer le drain du côté malade, le côté sain se prit à son tour. Même traitement, et bientôt la malade est soulagée. L'induration persiste longtemps du côté gauche, et au bout de trois semaines la suppuration cesse. Peu à peu les grandes lèvres reprirent leur volume normal.

Obs. CMXLVI. — *Éponge simulant un cancer du col de l'utérus. Extraction.* — Sewens, trente et un ans, journalière, 3 janvier 1881 (externe). A eu, dit-elle, deux enfants et deux fausses couches, la dernière il y a cinq mois. Depuis ce moment elle est sujette à des névralgies et à des douleurs d'estomac très pénibles. Un écoulement sanieux, fétide, se fait ordinairement par le vagin. Au moment des règles elle éprouve des coliques utérines extrêmement violentes.

État actuel. — Pâle, amaigrie, cette femme présente les signes rationnels d'un carcinome utérin. Le toucher donne des renseignements singuliers : effacement presque complet des culs-de-sac : l'ouverture du col, assez difficile à trouver, semble déchiquetée ; toute la surface cervicale est rugueuse et irrégulière. Le doigt retiré du vagin exhale une odeur des plus repoussantes. Il est évident que rien dans cet examen ne contredit l'hypothèse de carcinome. Cependant les sensations perçues par le doigt présentent une certaine anomalie ; on explore l'organe malade au spéculum : c'est une éponge qui a été oubliée il y a quatre mois dans le canal ; elle présente sur sa partie médiane une fente transversale bien faite pour laisser croire à un orifice déchiqueté. Enfin, retirée, elle permet de voir un col à peu près normal et recouvert seulement de quelques ulcérations. — Injections. — La malade n'a pas été revue.

Obs. CMXLVII. — *Kyste du vagin. Extirpation. Guérison.* — (Pièce 520 de notre collection du Musée Saint-Louis.) Gautherat, vingt-cinq ans, entre le 14 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 38. A eu deux enfants : ses couches ont été bonnes. Rien à noter du côté de l'appareil génital. Depuis un mois, elle est prise de fréquentes envies d'uriner et souvent elle ne peut se retenir. La marche est un peu gênée. La malade a senti une grosseur qui siégeait à l'entrée du vagin.

État actuel. — Dans la paroi antérieure du vagin, sur le bord gauche de l'urèthre existe une tumeur arrondie, fluctuante, du volume d'une noix.

14 mai. — Opération de la façon suivante : incision du kyste sur sa paroi antérieure : son contenu est purulent. La membrane qui constitue sa paroi est disséquée et extirpée. Le kyste ne communiquait pas avec l'urèthre, mais arrivait à son contact. Sutures superficielles et profondes, pansement phéniqué, compression. — La réunion n'a pas été complète, une partie de la plaie a suppuré.

30. — La malade sort guérie.

Obs. CMXLVIII. — *Obstruction vaginale cicatricielle, déchirure du périnée consécutive à un accouchement laborieux. Rétention des règles. Restauration du vagin. Écoulement de 2 litres de sang décomposé et mélangé à du pus.* — Cammelec (Marie-Anne), trente-deux ans, domestique, entre le 16 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 48. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Pas de rachitisme. Menstruation régulière de dix-huit à vingt-huit ans. Première grossesse heureuse, enfant bien portant il y a six ans. Il y a quatre ans, seconde grossesse, accouchement laborieux; durée du travail plusieurs jours; extraction avec le forceps d'un enfant mort-né. Consécutivement elle perdit par le vagin du pus et des lambeaux de muqueuse sphacélée. Durée du traitement local et général un an. Depuis son accouchement, les règles n'ont pas reparu : aux époques menstruelles, crises caractérisées par de violentes douleurs pelviennes et abdominales, du ballonnement du ventre, du gonflement de l'utérus et un état fébrile. Dans les derniers temps, ces crises sont devenues pénibles.

État actuel. — L'examen des organes génitaux externes démontre qu'il existe une déchirure complète du périnée, allant de la fourchette à l'anus et comprenant même les fibres du sphincter. Les bords de cette déchirure sont fournis par des nodules et des brides cicatricielles blanchâtres. Par le toucher vaginal, on sent, à la profondeur d'une phalange, que le vagin est complètement oblitéré par du tissu inodulaire épais et résistant. Si, après avoir introduit un cathéter dans l'urèthre, on pratique le toucher rectal, on reconnaît que l'oblitération porte sur la plus grande partie de la hauteur du vagin et qu'au-dessus existe une collection liquide reconnaissable à la fluctuation dont elle est le siège. Le toucher rectal combiné avec le palper abdominal apprend que l'utérus est volumineux, globuleux et s'élève au-dessus de la symphyse pubienne. Le col lui-même est hypertrophié. État général peu satisfaisant. La malade est amaigrie et anémique; les souffrances l'ont plongée dans un état de nervosisme extrême.

24 *décembre*. — *Chloroforme*. — Position dorsale habituelle. Après avoir introduit un large cathéter dans la vessie et des valves de Sims l'une contre la cloison vésico-vaginale, l'autre contre la cloison recto-vaginale, nous commençons à pratiquer un vagin artificiel à travers le tissu de cicatrice, en incisant progressivement ce tissu avec le bistouri et en nous assurant à tout moment par le toucher rectal et le cathétérisme vésical que nous ne nous écartons pas de l'axe du canal. Le tissu fibreux que nous coupons est extrêmement dur, blanc, et néanmoins parcouru par des vaisseaux assez gros. — Pincement. — Vers la moitié de la hauteur du vagin, l'espace qui sépare le rectum de la vessie n'a pas plus de 2 centimètres de diamètre. Dès que nous

avons franchi ce détroit, nous tombons au niveau du cul-de-sac antérieur dans une première loge qui contient environ 100 grammes d'un liquide purulent. Nous agrandissons notre incision en arrière, et nous trouvons au niveau du cul-de-sac postérieur une grande poche qui laisse écouler aussitôt d'abord un liquide couleur chocolat, puis un flot de sang noir, poisseux, couleur sépia. Il s'en écoule ainsi plus de 2 litres. Quand l'écoulement est tari, nous introduisons dans le trajet que nous venons de créer, des tiges de laminaire. Nous recommandons de donner à la malade du seigle ergoté, afin d'obtenir la rétraction de l'utérus et la compression de ses vaisseaux.

Les règles qui n'avaient pas paru en janvier se montrent du 1er au 6 février. Elles sont assez abondantes et indolentes.

17 *février.* — Sortie. Son médecin passera des tiges de laminaria.

Obs. CMXLIX. — *Cancer généralisé du vagin* (*inopérable*). — Regnault (Julia), quarante-sept ans, couturière, entre le 20 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. Pas d'hérédité. Elle a eu trois enfants. La première couche (en 1862) a été laborieuse et a nécessité l'emploi de forceps ; à la suite, séjour de six semaines au lit, douleurs du ventre, fièvre. Les deux autres couches ont été normales. En 1879, cautérisations du col de l'utérus pour des ulcérations. Depuis trois mois, elle a maigri et, il y a cinq semaines, elle a été prise de douleurs de reins assez violentes. Au lieu de cesser après l'apparition des règles, ces douleurs n'ont fait qu'augmenter. Actuellement, elles reviennent sous forme d'élancements qui font beaucoup souffrir la malade et empêchent le sommeil ; elles s'irradient à droite dans la fesse et la cuisse, le long du sciatique.

Il y a environ cinq semaines qu'elle s'est aperçue de la présence de nodosités à l'entrée du vagin : cuissons, démangeaisons ; elle tachait parfois son linge en jaune ; depuis quelque temps, l'écoulement est plus abondant ; il est jaune, roux ou sanguinolent et fétide. Les règles viennent régulièrement : la miction est très douloureuse, mais se fait normalement.

État actuel. — Immédiatement en arrière de la vulve, on sent de gros noyaux durs et douloureux, adhérents à la muqueuse, plus nombreux et plus développés à droite, où ils commencent à la partie postérieure de la grande lèvre et s'étendent jusqu'à 3 centimètres environ ; à gauche on sent une plaque dure en arrière de l'orifice vaginal, et en haut, une plaque analogue occupe la paroi supérieure. Le col de l'utérus est intact ainsi que les culs-de-sac. De chaque côté il existe deux ou trois petits ganglions inguinaux internes. La partie interne des grandes lèvres est le siège d'une ulcération superficielle. A la palpation on ne sent aucune masse anormale ; le foie a son volume normal. — Pas d'opération possible. Traitement symptomatique ; et le 21. — Exeat.

Obs. CML. — *Fistule utéro-vésico-vaginale avec cloisonnement du vagin par une bride cicatricielle. Opération de la fistule vésico-vaginale. Guérison.* — Vinot (Joséphine), quarante-neuf ans, domestique, entre le 19 avril 1882, n° 39, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Menstruation régulière depuis l'âge de treize ans. Sept enfants. Le dernier accouchement fut extrêmement laborieux, le travail dura quatre jours et l'enfant ne put être extrait qu'avec le forceps. Consécutivement, la malade dut garder le lit durant cinq mois. Pendant les deux premières semaines elle rendit avec les lochies des lambeaux de tissu sphacélé, et au commencement de la troisième semaine, les urines s'écoulèrent par les organes génitaux externes. Un an après ces accidents, un chirurgien américain constata l'existence d'une large fistule utéro-vagino-vésicale et en tenta à trois reprises différentes l'occlusion. Ces diverses opérations restèrent sans résultats. De retour en France, la malade vient réclamer nos soins.

État actuel. — Erythème des grandes lèvres avec dépôts calcaires à la racine des poils. Il existe une rectocèle vaginale très prononcée, la cloison recto-vaginale fait hernie à l'orifice vulvaire sous forme d'une tumeur rosée du volume d'un œuf de poule. Le toucher vaginal montre que le vagin se termine en cul-de-sac ; on ne sent ni l'orifice du museau de tanche ni les lèvres du col. Cette disposition est due à la présence d'une large bride cicatricielle étendue de la lèvre postérieure du col utérin à la paroi antérieure du vagin, de manière à cloisonner ce canal. Immédiatement au-dessous des insertions vaginales de cette cloison, on trouve sur la paroi antérieure du vagin, à une profondeur de deux phalanges et demie, une perte de substance qui met en communication le fond de la vessie avec le vagin. Cette fistule, irrégulièrement circulaire à bords fibreux, durs, non élastiques, admet facilement la pulpe de l'index. Lorsqu'on introduit une sonde par l'urèthre et l'autre par la fistule, les deux instruments se rencontrent et si l'on pousse plus profondément le cathéter vésical, on reconnaît aisément qu'il pénètre dans la cavité utérine au-dessus de la cloison cicatricielle du vagin. La lèvre antérieure du col est en effet complètement détruite, et l'utérus s'ouvre largement dans le bas fond de la vessie. L'examen au spéculum, le toucher rectal, combiné avec le palper hypogastrique, confirment ces données. La vessie communique donc, d'une part avec l'utérus, de l'autre avec le vagin, et les deux pertes de substances sont séparées par une bride cicatricielle, de sorte que le sang des règles s'épanche d'abord dans la vessie et s'écoule ensuite en totalité avec les urines dans le vagin par la fistule inférieure. Rien dans les autres viscères abdominaux ni dans les viscères thoraciques. L'état général est encore satisfaisant, mais nervosisme des plus accentués.

29 *avril* 1882. — Chloroforme. Nous introduisons dans le vagin un grand spéculum de Sims qu'un aide maintient appliqué contre la cloison recto-vaginale, pendant que d'autres aides écartent fortement les lèvres de la vulve. Lorsque la fistule est bien visible, nous en avivons largement les bords, non seulement aux dépens du tissu cicatriciel, mais aussi aux dépens des parties avoisinantes de la cloison vésico-vaginale, de façon à avoir une surface cruentée taillée en biseau. Nous employons à cet effet de longs bistouris de courbes différentes que nous avons fait spécialement construire à cet effet. L'avivement terminé, nous procédons à la suture profonde et superficielle ; nous passons avec le chasse-fil, quatre fils métalliques profonds et sept fils superficiels, à anses séparées. Sonde à demeure en caoutchouc qui traverse une rondelle de liège et est fixée par des sous-cuisses en caoutchouc.

5 *mai*. — Les urines ne passent pas par le vagin ; va très bien.

19. — On a enlevé la sonde et les fils le seizième jour. Guérison. Les urines passent en totalité dans l'urèthre ; les règles sont apparues depuis le 15 ; le sang s'écoule aussi par l'urèthre.

24. — Guérison. Sortie.

Obs. CMLI. — *Fistules recto-vaginale et vésico-vaginale avec brides cicatricielles épaisses et serrées. Opération de la fistule recto-vaginale. Guérison.* — Aigrot (Marie), vingt-deux ans, lingère, entre le 15 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 51. Femme de petite taille, mais bien conformée et sans apparence rachitique. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Menstruation régulière depuis l'âge de quatorze ans. Il y a trois ans, à la suite d'un accouchement laborieux, a gardé le lit pendant trois mois et perdu des lambeaux sphacélés de la muqueuse vaginale. Consécutivement elle ne put garder ses urines ni ses garde-robes qui s'écoulaient par la vulve. En juin 1880, elle vint nous trouver et nous constatâmes des délabrements considérables : les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale étaient détruites dans toute leur hauteur. Il ne restait, du côté des voies urinaires, que le méat, du côté de l'intestin, que l'anus. Les parois latérales du vagin étaient représentées par des brides cicatricielles épaisses et courtes qui attiraient le col de l'utérus jusqu'entre les lèvres de la vulve. Nous fîmes la section des brides, et après avoir avivé les bords des fistules nous les suturâmes. Les résultats furent plus heureux que nous eussions osé l'espérer, mais pas complets.

État actuel. — Pas de déformation de l'anus et de la vulve. Lorsqu'on introduit l'index dans le vagin on sent, immédiatement au niveau de l'anneau vulvaire, une atrésie cicatricielle qui permet à peine le passage du doigt. Le vagin communique avec le rectum et la vessie et les brides cicatricielles latérales qui s'étendent d'une

perte de substance à l'autre, n'ayant pas plus de 1 centimètre de longueur, les muqueuses rectale et vésicale s'adossent dans l'intervalle, au point qu'on ne sait dans quelle cavité pénètre le doigt. Immédiatement au-dessus des pertes des substances on sent le col de l'utérus attiré en bas par les mêmes brides cicatricielles latérales. La vulve livre passage au sang menstruel, aux matières fécales et aux urines. État général peu satisfaisant. — Régime tonique et reconstituant.

22 *juillet*. — Chloroforme. Décubitus latéral gauche. Nous appliquons contre les parois vésico-vaginales une valve de Sims et nous faisons écarter les lèvres de la vulve par des aides de façon à rendre aussi accessible que possible la perte de substance recto-vaginale. Afin de pouvoir rapprocher les bords de cette solution de continuité, nous commençons par sectionner dans toute leur épaisseur les brides cicatricielles latérales des deux côtés. Ceci fait nous avivons d'abord le bord supérieur de la fistule qui est le plus difficile, puis le bord inférieur. Sutures.

24. — La température oscille entre 37° et 38°; quelques vomissements le premier jour. Les gaz sortent par l'anus : pas de selle.

On enlève les fils le douzième jour. Réunion par première intention ; et le 14 *août*. — Guérison. Sortie.

Obs. CMLII. — *Fistule recto-vaginale consécutive à un accouchement laborieux. Opérations successives sans résultat. Opération. — Guérison.* — Bonnin (Augustine), vingt-huit ans, couturière, entre le 28 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 56. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Rachitisme. Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans, accouchement laborieux, pendant lequel la tête de l'enfant resta plusieurs heures au passage. Consécutivement, fistule recto-vaginale. Elle rendit par la vulve des matières moulées. Néanmoins elle eut, par la suite, deux grossesses naturelles. Deux opérations, sans succès.

État actuel. — Le toucher vaginal montre que la cloison recto-vaginale est le siège d'une perte de substance siégeant à 2 centimètres de l'orifice anal, admettant facilement l'extrémité de l'index, et entouré de brides cicatricielles. Les excréments passent par cette voie. L'examen au spéculum confirme ces données, il montre en outre que les autres parties du vagin sont saines, mais que les ischions sont considérablement rapprochés.

28 *octobre*. — Chloroforme. La malade étant couchée dans le décubitus dorsal, nous introduisons dans le vagin un spéculum de Sims qu'un aide maintient appliqué contre la cloison vésico-vaginale. Avec des ciseaux nous sectionnons la portion de cloison qui sépare l'anus de la fistule que nous transformons de la sorte en section complète du périnée. Nous avivons les bords de cette section et de

la fistule sur une longueur de 2 centimètres : quatre points de suture profonde et douze points superficiels faits avec des fils métalliques. Ce temps de l'opération est rendu difficile par suite du rapprochement des ischions. — Le soir : rétention d'urine, cathétérisme.

29. — Des caillots stagnent dans la cavité vaginale et se putréfient, cinq injections par jour avec de l'eau alcoolisée et phéniquée, rétention d'urine. Cathétérisme. — Pendant les jours suivants on continue les injections d'une façon très rigoureuse.

30 et 31. — La malade a de l'embarras gastrique et quelques vomissements, puis cet état s'améliore : diète jusqu'au 21 novembre. Jusqu'à cette époque elle ne va pas à la garde-robe, et garde complètement le lit. Les fils sont enlevés le 15 novembre, c'est-à-dire dix-huit jours après l'opération. La cicatrisation s'est effectuée.

21 *novembre*. — Guérison parfaite. — Exeat.

Obs. CMLIII. — *Kyste purulent du rein gauche. E vacuation de pus par les urines. Néphrotomie lombaire, drainage. Guérions.* (Voir Brodeur, Th. doctorat, Paris, 1886, page 114). — Tranchant (Maria), trente-sept ans, artiste dramatique, entre le 7 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 45. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Pleurésie à vingt-sept ans. Il y a dix-huit ans, sensation de déchirure dans la région lombaire, douleurs abdominales, hématurie et pyurie, vomissements. Les urines sont restées troubles et chargées à partir de cette époque. Depuis trois ans et demi la malade éprouve des douleurs lombaires sourdes, continues, lancinantes. Il y a deux mois elle a remarqué la présence d'une tumeur lombo-abdominale du côté gauche.

État actuel. — Lorsque la malade est dans le décubitus dorsal, on voit que la partie gauche de la région abdominale est déformée par une tumeur étendue verticalement du rebord des fausses côtes à une ligne horizontale qui passerait par la crête iliaque et transversalement de l'ombilic à la paroi latérale gauche de l'abdomen. Cette tumeur se retrouve en arrière où elle occupe toute la région lombaire gauche. Du côté de l'abdomen elle forme une saillie hémisphérique du volume de la voûte du crâne d'un adulte, sa surface est lisse, unie, convexe avec quelques bosselures. La peau qui la recouvre a conservé ses caractères. Pas de rougeur inflammatoire, pas d'œdème, pas de vascularisation anormale. Dans la région lombaire la saillie est de même appréciable à la vue ; pas de changements du côté des téguments. Au toucher la tumeur située dans la cavité abdominale est indépendante des parois, sa consistance est molle, fluctuante, la sensation de flot se perçoit dans toute son étendue. Il est facile de se rendre compte qu'elle est indépendante des organes du petit bassin et de l'estomac, son siège et ses rapports sont ceux

d'une tumeur développée aux dépens du rein. Les urines sont troubles et laissent déposer un sédiment purulent épais.

Au microscope. — On trouve dans ces urines de nombreux globules blancs et rouges, des bactéries, des cellules épithéliales et des tubes urinifères dégénérés, garnis d'un restant d'épithélium nucléaire.

La quantité de pus expulsée par la miction est en rapport avec les dimensions de la tumeur. Parfois celle-ci s'affaisse et diminue au point qu'il est difficile de la retrouver, alors l'évacuation de pus est maxima, la tumeur se vidant dans la vessie. Parfois elle reprend ses dimensions premières; alors l'évacuation du pus est minima. Dans ces dernières conditions, la malade est sujette à des accès caractérisés par des vomissements bilieux et alimentaires abondants, une crise douloureuse hystériforme, sans prostration et sans perte de connaissance. La poche se vide par la vessie et tout rentre dans l'ordre. Les autres viscères abdominaux et les viscères thoraciques sont sains. L'état général est déplorable, anémie, émaciation extrêmes. L'appétit est presque nul. Insomnie.

3 *décembre.* — Chloroforme. Avec le crayon dermographique, nous traçons une ligne qui va du rebord des côtes à la crête iliaque et qui répond au bord externe du muscle carré des lombes. A la partie moyenne de cette ligne nous traçons un trait au niveau duquel nous ferons une ponction avec un trocart. Nous traçons de même les limites actuelles de la tumeur, comme celle-ci s'est vidée les jours précédents, ses dimensions sont peu considérables, ce qui rend l'opération plus délicate. Aux lombes, en particulier, au lieu d'une saillie, existe une dépression profonde. Néanmoins, comme la malade s'affaiblit de jour en jour et que tout retard serait préjudiciable, nous nous décidons à faire l'opération. La ponction faite à l'aide d'un gros trocart au point indiqué donne issue à un flot de pus. Nous laissons la canule à demeure et nous la bouchons à l'aide d'un fausset. A l'aide du bistouri nous faisons une incision verticale au niveau du bord externe du carré des lombes et s'étendant du rebord des fausses côtes à l'os iliaque. Cette incision, dont le centre répond à la ponction, comprend couche par couche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les aponévroses; nous mettons sur les vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts des pinces qui préviennent la chute du sang dans la cavité et qui en même temps servent de rétracteurs. Nous trouvons dans la loge celluleuse du rein une poche purulente considérable dans laquelle a pénétré la canule du trocart ; après l'avoir en partie attirée entre les lèvres de la plaie, nous l'incisons largement afin de vider son contenu qui se compose de pus coloré par le sang. L'exploration avec le doigt nous révèle la présence de nombreux graviers, mais il n'existe pas de calculs. Quand la poche

est vidée, nous fixons les bords de l'incision aux lèvres de la plaie, et nous plongeons dans sa cavité un gros tube à drainage qui sort à la partie déclive. Suture à l'aide de seize fils métalliques. Drain à chaque commissure. Pansement phéniqué et ouaté compressif. T. S. 38°,2. P. = 110. Régime tonique.

3. — Insomnie, suppuration abondante, urine plus claire. — Pansement de Lister.

4. — T. S. 38°,2. P. = 100 ; accès d'étouffement pendant la nuit.

5. — Passage à l'isolement ; elle mange un peu. Injections phéniquées ; urine claire, pas de dépôt ; pas d'odeur ammoniacale. — On enlève les fils, sauf ceux qui sont auprès du drain ; bandelettes collodionnées.

7. — Point de côté gauche, toux ; rien dans la poitrine.

9. — Le point de côté a disparu. Bronchite légère. Potion calmante.

26. — Suppuration presque tarie ; plaie presque cicatrisée, urines encore ammoniacales ; amélioration de la bronchite.

1er *janvier*. — Guérison. Sortie.

Obs. CMLIV. — *Kyste séro-purulent du bulbe de l'urèthre chez une femme. Ablation par le bistouri.* — Mme G... (Alice), quarante-deux ans, entre le 14 mai 1881 dans notre service. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. Bonne santé habituelle. Depuis un mois elle éprouve du côté du canal de l'urèthre une sensation de gêne surtout marquée pendant la marche. Envie fréquente d'uriner, ténesme. Ces phénomènes se sont accentués de jour en jour.

État actuel. — Au-dessous du clitoris et du méat urinaire est une tumeur apparente du volume d'une noix occupant la région du bulbe de l'urèthre. Sa surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes, est tapissée par une muqueuse saine n'offrant ni vascularisation anormale ni changement de coloration. Le méat urinaire est manifestement rétréci et déjeté à droite. Au toucher il est facile de préciser le siège de la tumeur dans l'épaisseur du bulbe de l'urèthre ; on ne sent rien d'anormal du côté du vagin et le cathétérisme démontre que le canal uréthral est perméable dans toute son étendue et ne présente ni dilatation ni orifice de communication avec la tumeur. Celle-ci est molle, fluctuante et offre tous les caractères des kystes à parois souples et peu épaisses. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Tous les organes voisins ou éloignés sont sains. Pas de douleurs à la pression. État général satisfaisant.

14 *mai*. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées à la périphérie de la tumeur. A l'aide du bistouri, nous faisons une incision rectiligne antéro-postérieure, longue de 3 centimètres et ne dépassant pas l'épaisseur de la muqueuse. Nous disséquons ensuite cette membrane à la surface de chaque moitié de la

tumeur de façon à mettre celle-ci complètement à découvert. Ceci fait, pendant que des aides rétractent de chaque côté la muqueuse disséquée, nous continuons à isoler les parois du kyste des tissus qui leur adhèrent profondément, en nous servant toujours du bistouri et des pinces à disséquer. Un prolongement s'étendant très profondément du côté du canal de l'urèthre, nous ponctionnons le kyste afin de le poursuivre plus aisément. Cette ponction donne issue à environ 30 grammes d'un liquide séro-purulent jaunâtre, pailleté de cristaux de cholestérine. Nous achevons la dissection du pédicule de la tumeur et nous le sectionnons avec des ciseaux. Les lèvres de la plaie sont alors réunies à l'aide de deux points de suture profonds et de quatre points de suture superficiels. Sonde en caoutchouc à demeure. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. On enlève les fils les quatrième et cinquième jours. Réunion par première intention. On laisse la sonde uréthrale pendant dix jours. — A ce moment la guérison est complète. Exeat.

Obs. CMLV. — *Polype de l'urèthre à texture fibreuse. Ablation. Guérison.* — Libuze (Marie), trente ans, cuisinière, entre le 22 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Menstruation régulière depuis l'âge de quinze ans. Il y a un an, elle commença à éprouver pendant et après la miction une sensation de cuisson reportée à toute l'étendue du canal de l'urèthre, mais plus particulièrement au méat. Dans les derniers temps, ces phénomènes se sont accentués : douleurs brûlantes au moment du passage de l'urine et ténesme vésical.

État actuel. — Le méat urinaire est entr'ouvert et laisse passer au dehors une tumeur du volume d'un gros pois, à surface convexe, lisse, unie, sans bosselures. La muqueuse qui recouvre cette production est rouge, congestionnée, mais de bon aspect. Au toucher cette tumeur est dure, solide, homogène, de consistance fibroïde. A l'aide d'un stylet boutonné il est facile de reconnaître qu'elle s'implante sur le plancher de l'urèthre, par une base sessile de 1 centimètre de diamètre. Le toucher vaginal combiné avec l'exploration du stylet montre que le canal est libre dans le reste de son étendue. Rien d'anormal du côté de la vessie. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. État général très satisfaisant.

22 *avril.* — Chloroforme. Nous saisissons les bords latéraux et supérieur du méat entre les mors de pinces hémostatiques qui servent de rétracteurs, puis, afin de rendre la petite tumeur tout à fait accessible, nous faisons avec le bistouri un léger débridement vertical sur le bord inférieur. Il nous est alors facile de saisir le polype avec des pinces à griffe et de l'exciser largement avec des

ciseaux. Deux pinces sont laissées en place pendant une heure.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de tissu fibreux, sans éléments jeunes et peu vasculaire.

28 *avril.* — La plaie est presque cicatrisée. Cautérisation au nitrate d'argent. Exeat.

Obs. CMLVI. — *Polype de l'urèthre chez une jeune fille. Excision. Guérison.* — L... (Maria), dix-neuf ans, couturière, se présente à la clinique le 19 novembre 1881. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. En 1871, elle commença à éprouver de la gêne de la miction et une sensation de picotements et de brûlures au moment du passage de l'urine. Peu après elle constata la présence d'une tumeur du volume d'un pois, molle, indolente, faisant saillie par le méat. Cette tumeur se développa lentement et progressivement, il y a deux ans elle avait le volume d'une noix. La malade se décida alors à consulter un médecin qui la traita par les caustiques et puis par les astringents. Ce traitement entrava la marche de la tumeur et en amena même la diminution. Mais comme il agit très lentement et que la production morbide tend à s'accroître dès qu'on l'interrompt, la malade se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — La tumeur fait en dehors du méat une saillie de la forme et du volume d'une amande, sa coloration est rosée comme celle de la muqueuse de l'urèthre, sa surface est granuleuse et offre l'aspect du chou-fleur. Il n'existe pas d'ulcérations. Au toucher, consistance molle, spongieuse, rappelant celle des polypes dits muqueux. Lorsqu'on entr'ouvre le méat à l'aide d'une pince on voit que la tumeur s'implante sur la muqueuse uréthrale, à un demi-centimètre de l'orifice externe. L'implantation est sessile et affecte la disposition d'un croissant qui occupe les parties latérales et le plancher du canal. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

19 *novembre.* — Chloroforme. Décubitus dorsal : nous appliquons une couronne de pinces sur l'orifice du méat de façon à faire dilater cet orifice par des aides. La base d'implantation de la tumeur étant ainsi accessible, nous l'excisons largement avec des ciseaux. Quatre pinces hémostatiques sont placées temporairement.

L'examen anatomique de la pièce démontre que nous avons affaire à des végétations de la muqueuse.

Pas d'accidents consécutifs : la malade retourne chez elle cinq jours après l'opération.

CHAPITRE XI

MALADIES DE LA MAMELLE.

Sur les 49 observations d'affections du sein contenues dans ce chapitre, il n'y a que 4 cas d'inflammations. Cela tient à ce que les petits abcès ne nécessitent pas l'entrée dans le service, et surtout à ce que les tumeurs sont relativement plus fréquentes.

Dans l'observation CMLVII la marche de la phlegmasie est réellement des plus curieuses et cette lenteur rendait le diagnostic épineux. En effet, il est certains sarcômes qui affectent des allures absolument semblables : extension rapide, rougeur, chaleur ; mais alors l'engorgement ganglionnaire se fait assez vite et il aurait probablement existé chez notre malade. De plus l'état général s'altère tandis qu'ici il était excellent. Toutefois il faut bien savoir que parfois un diagnostic exact ne peut être posé, attendu que la combinaison des deux affections est possible et qu'en somme ce point n'a pu être complètement élucidé chez cette femme, celle-ci étant sortie avant disparition complète de l'empâtement mammaire ; cependant le très grand soulagement qu'elle avait éprouvé nous laisse bon espoir ; malheureusement la malade n'est pas revenue, malgré le conseil que nous lui en avions donné.

Dans l'observation CMLVIII on pouvait croire à un abcès circonscrit, hypothèse d'autant plus vraisemblable que le siège de la tuméfaction, au voisinage du mamelon, éveillait l'idée d'une inflammation de quelque glande sous-aréolaire. Cependant l'empâtement des parties profondes, la facilité avec laquelle se réduisait la tumeur superficielle par la pres-

sion, permettaient d'affirmer une inflammation plus étendue et à cette forme d'abcès du sein que, depuis Velpeau, on appelle abcès en bouton de chemise.

Il a été pratiqué ces deux années-ci, dans notre service, 26 opérations sur le sein, 23 amputations totales et 2 extirpations simples (pour de petites tumeurs adénoïdes). Sur ces 26 opérations nous avons 5 décès.

La cause de la mort est due dans 3 cas (obs. CMLXXII, CMLXXIX et CMXCIV) à des accidents pulmonaires inflammatoires; toutefois dans l'observation CMXCIV les foyers de pneumonie sont survenus autour de noyaux cancéreux, latents pendant la vie.

Dans l'observation CMLXXXVII la cause de la mort est restée indéterminée, l'autopsie n'ayant pu être faite; il y avait probablement là aussi une tare organique latente, tout comme chez la malade de l'observation CMLXXII, dont les reins étaient malades. Ce sont là des applications de la loi de l'influence des *propathies* sur les suites des traumatismes chirurgicaux ou autres.

Nous avons perdu la malade de l'observation CMLXXXII d'érysipèle, mais d'un érysipèle bâtard qui indique aussi une lésion viscérale cachée; malheureusement l'autopsie n'a pu être faite. En somme nous n'avons noté dans ces 5 cas aucun accident des plaies (autre qu'un érysipèle); par conséquent il faut ici innocenter la chirurgie dans 4 cas au moins.

Chez les autres opérés, la réunion s'est faite nettement 5 fois; dans 11 cas la réunion n'a été que cutanée et il s'est établi une suppuration profonde, mais légère, presque insignifiante et n'ayant rien de comparable aux suppurations profuses des plaies non réunies ou pansées avec les anciens pansements. Dans les 5 autres cas, la réunion n'a pu être faite ou a manqué et la suppuration a réellement eu lieu.

Enfin, pour être complet, disons que nous avons eu 3 érysipèles, dont un seul grave; le soin que nous prenons de faire passer, de suite, nos malades au pavillon d'isolement où ils

sont dans d'excellentes conditions hygiéniques est pour quelque chose dans cette bénignité.

Un mot sur quelques observations en particulier.

L'observation CMLXIII est intéressante au point de vue du diagnostic et du pronostic. Nous avons été conduit à diagnostiquer adénome kystique du sein, en nous basant sur les considérations suivantes : une tumeur dont le début remonte à treize ans, qui, malgré son ulcération, reste bien localisée, n'envahit pas les ganglions, et n'altère pas l'état général est à coup sûr une tumeur bénigne; les caractères cliniques de l'ulcération : sécheresse, aspect fendillé, bourgeonnement framboisé, sans végétation exubérante, avec excavation régulière, que le stylet pouvait parcourir sans donner de sang, l'absence de sécrétion ichoreuse, la mobilité des téguments et de la tumeur, la consistance spéciale, la sensation fournie par le toucher de lobules hypertrophiés avec aréoles kystiques, l'intégrité des ganglions, tout nous faisait penser à une hypertrophie simple des éléments glandulaires. Les tumeurs malignes, sarcome, squirrhe, encéphaloïde, se distinguent de cette variété par la rapidité de leur évolution, l'aspect végétant, fongueux, purulent ou ichoreux des ulcérations, les adhérences cutanées rappelant la peau d'orange, l'envahissement des ganglions et la cachexie.

L'observation CMLXIV a trait à des adénomes mammaires. Les deux seins étaient le siège de tumeurs peu volumineuses dont le début remontait à sept et à dix mois. Les caractères cliniques et anatomo-pathologiques étaient des plus nets : tumeurs bien isolées, très mobiles, dures, indolentes, présentant à la coupe l'aspect des glandes en grappes hypertrophiées. Il s'agissait de ces tumeurs que Velpeau avait dénommées adénoïdes, à cause de leur ressemblance avec les ganglions hypertrophiés et qu'il considérait comme bénignes. L'expérience nous a appris qu'il ne faut pas toujours se fier à cette bénignité apparente; souvent ces tumeurs contiennent des éléments sarcomateux, et après une période plus ou moins longue on les voit évoluer à la façon des sarcomes et compromettre la vie des malades. Pour notre part, nous avons

opéré plusieurs malades chez lesquelles Velpeau avait diagnostiqué : tumeurs adénoïdes sans malignité. Au moment de l'opération il s'agissait de sarcomes graves.

Comme rien n'indique, au début, la marche ultérieure de la production morbide, le plus sage est donc d'en débarrasser la malade alors que la tumeur est encore bien limitée et que les ganglions ne sont pas envahis.

L'observation CMLXV (fibro-sarcome du sein) est à signaler. Les caractères physiques de la tumeur : augmentation notable de volume, portant à peu près uniformément sur toute la masse et sur toutes les parties constitutionnelles de la glande ; tendance à la segmentation en lobes et en lobules ; consistance dure, solide, résistante ; défaut d'adhérences cutanées ou musculaires et de rétraction du mamelon, ne permettaient pas d'erreur de diagnostic. Comme conséquence logique, le seul traitement convenable était l'ablation aussi large que possible de la mamelle, car, nous le répétons, ces tumeurs prennent parfois une marche maligne. Mais le fait capital, celui qui mérite de fixer toute l'attention, est l'examen de la pièce anatomique qui présentait réunis tous les caractères du sarcome à ses divers degrés de développement, sarcome embryoplastique, fibro-plastique et fibroïde. Ce fait explique facilement pourquoi des auteurs, auxquels faisait défaut l'examen histologique, considéraient ces sortes de tumeurs, les unes comme des fibromes, les autres comme des hypertrophies de toutes les parties constituantes de la glande. D'ordinaire, en effet, l'une des variétés de sarcome dont nous venons de parler existe à l'exclusion des autres ou est du moins prédominante. Il est réellement exceptionnel de rencontrer ces variétés réunies sur une même pièce avec des caractères aussi tranchés que nous avons eu la bonne fortune de les observer.

Chez le malade de l'observation CMLXXI, il existait une ulcération qui, après avoir longtemps présenté les caractères de l'eczéma, avait fini par dégénérer en épithélioma, avec cette particularité que la surface de l'ulcération continuait à se couvrir de croûtes grisâtres épaisses. Lorsque ces croûtes étaient tombées, le diagnostic devenait facile ; la surface de

l'ulcération recouverte de végétations papilliformes, les unes dénudées, les autres recouvertes de cellules épithéliales de nouvelle formation, l'existence de sillons anfractueux remplis de débris épithéliaux et purulents, ne laissait aucun doute sur l'existence d'un épithélioma de la couche papillaire du derme. Les faits de dégénérescence épithéliale d'affections, qui présentent au début les caractères de l'eczéma, sans être exceptionnels, ne sont cependant pas des plus fréquents. Ils sont moins rares chez la femme que chez l'homme, et s'observent plus fréquemment au sein que dans les autres régions. Ce qui rendait l'observation de ce malade des plus intéressantes, c'est que nous avions en même temps dans le service un sujet qui pouvait en être rapproché. C'était un homme portant dans la même région une ulcération syphilitique (voir obs. CXXXIII). En examinant simultanément les deux sujets il était facile d'établir le diagnostic des ulcérations épithéliales et syphilitiques. Le premier malade n'avait pas d'antécédents vénériens et ne présentait, au moment de l'examen, aucune lésion de nature à éveiller l'idée d'une diathèse syphilitique. Le second malade avait eu un chancre induré du gland vingt-cinq ans auparavant, et outre l'ulcération qui l'amenait à l'hôpital, il présentait un état scléreux de la muqueuse linguale qui est l'un des signes importants de la syphilis tertiaire. Mais c'est surtout par la comparaison des deux ulcérations que l'on obtenait des signes certains de diagnostic. L'ulcération épithéliale était recouverte de croûtes grisâtres au-dessous desquelles siégeait une surface rouge, granuleuse, papilliforme, sillonnée d'anfractuosités en partie recouvertes de couches épithéliales de nouvelle formation. Les bords se trouvaient sensiblement sur le même plan que le fond et se continuaient avec lui. L'ulcération épithéliale était à découvert, sa surface était grisâtre, bourbillonneuse, non bourgeonnante, baignée d'un pus gommeux, uniformément molle et sans résistance. Les bords étaient nettement taillés à pic et sur un plan beaucoup plus élevé que le fond. Il n'existait par conséquent entre ces deux lésions que des analogies grossières de siège, de forme et d'étendue, et il

suffisait d'un examen un peu attentif pour les différencier. C'est une véritable bonne fortune de rencontrer simultanément deux malades offrant des affections au sujet desquelles on serait quelque peu hésitant en d'autres circonstances.

L'observation de la femme atteinte d'épithélioma du sein d'origine eczémateuse ne faisait que venir à l'appui de celle de notre premier malade. Comme chez lui, le mal avait longtemps présenté les caractères uniques de l'eczéma; comme chez lui, les caractères étaient franchement devenus ceux de l'épithélioma. Mais elle offrait en outre cette particularité intéressante qu'on trouvait, au voisinage de l'ulcération épithéliale, des zones franchement eczémateuses. Un dernier fait que nous devons signaler à ce propos est le suivant : il nous est arrivé plusieurs fois d'observer des malades chez lesquels, à la suite de l'ablation de tumeurs épithéliales de cette nature, la récidive se faisait non du côté de la peau qui restait saine, mais aux dépens de la glande mammaire, absolument comme la chose se passe pour certaines tumeurs squirrheuses primitivement cutanées qui envahissent secondairement le tissu mammaire.

L'observation CMLXXIII a trait à un épithélioma tubulé du sein ayant débuté par les glandes de la peau. Le début remontait à six mois, et, quand nous vîmes la malade, la tumeur avait atteint le volume d'une mandarine, et les ganglions axillaires étaient pris. Nous fîmes l'ablation large de la mamelle et des ganglions suivant notre procédé habituel, que nous avons décrit à plusieurs reprises. Comme dans tous les cas de tumeurs du sein, l'intérêt portait ici sur le diagnostic d'où découlent le pronostic et le traitement. Or si nous avions des indications précises, dans la rétraction du mamelon, dans l'altération des téguments et dans l'infection ganglionnaire, si ces signes nous indiquaient nettement qu'il s'agissait d'une tumeur maligne dont il fallait à tout prix débarrasser la malade, ils nous donnaient peu de renseignements sur la nature même du tissu morbide. Lorsque, comme dans le cas actuel, on n'a pas assisté au début des accidents et qu'on n'a pas suivi la maladie, il est presque impossible

de savoir si le mal a débuté par la peau et s'est étendu ensuite au parenchyme mammaire, ou si les choses se sont passées inversement. Seul l'examen histologique pouvait nous indiquer qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé primitif des glandes de la peau, et les caractères cliniques nous laissaient hésitant entre l'épithélioma ou le squirrhe.

L'observation CMLXXXIX se rapporte à une malade atteinte d'un squirrhe atrophique du sein, dont la marche a été entravée par des *injections de papaïne*. Au moment ou Würtz et Bouchut faisaient des expériences sur le principe actif du papaïa, ils trouvèrent la papaïne, douée de la propriété de digérer les tissus organiques. Plusieurs malades de notre service furent traités par le nouveau médicament. Nous pûmes constater que l'injection de cet agent thérapeutique dans les tissus déterminait un travail inflammatoire aboutissant à la suppuration et tellement douloureux que la plupart des sujets refusaient de revenir au bout de trois ou quatre injections. La malade qui fait le sujet de cette observation eut le courage de supporter le traitement plus longtemps. Le début de sa tumeur remontait alors à quatre ans. Consécutivement aux injections de papaïne, l'évolution du cancer parut entravée, mais la récidive se fit néanmoins au bout de dix-huit mois.

Ajoutons que nous avons fait chez elle une petite autoplastie. Partisan de la réunion immédiate après les opérations sur le sein, question qui a suscité une longue discussion à la Société de chirurgie (voy. séance du 7 janvier 1885 et suivantes), nous faisons cette réunion toutes les fois que nous le pouvons. Quelquefois, au premier abord, elle ne paraît pas possible, mais peut le devenir par l'autoplastie, c'est-à-dire en prenant, dans la région adjacente, un lambeau que l'on fait glisser et que l'on suture; le résultat ici a répondu à notre attente.

L'observation CMXC a trait à un carcinome kystique du sein développé chez une femme de soixante-quinze ans, dont le père et la mère étaient cancéreux. Le point intéressant dans cette observation est que le kyste constituait la plus grande partie de la tumeur et qu'un examen superficiel aurait pu

faire méconnaître la portion solide et faire penser qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne. On ne saurait trop, en pareil cas, tenir compte des altérations de la peau qui, par suite de ses adhérences, prend, lorsqu'on la plisse, l'aspect caractéristique de la peau d'orange; il faut rechercher avec soin s'il existe une portion solide, celle-ci donnant à la tumeur, si petite qu'elle soit d'ailleurs, toute son importance, et il faut se garder de considérer l'envahissement des ganglions comme une simple inflammation. Ces sortes de tumeurs doivent être enlevées très largement, et la prudence exige qu'on enlève en même temps toute la mamelle, même dans les points où elle paraît saine, l'expérience nous ayant appris que la récidive se fait avec une grande rapidité si l'on a négligé cette précaution.

Obs. CMLVII. — *Mammite subaiguë simulant un cancer encéphaloïde.* — Bienvelet, trente ans, entre dans la fin d'avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 54. D'une bonne santé ordinaire, a toujours été bien réglée et ne présente aucune trace de manifestation diathésique. Cinq grossesses normales; les enfants vivent et sont bien portants. La dernière grossesse remonte à trois mois : la mère nourrissait son enfant. Les premiers jours qui suivirent l'accouchement, la malade eut un peu de congestion du sein droit et de phlébite de la cuisse du même côté, et, trois semaines plus tard, à la suite d'une émotion violente, la malade s'aperçut d'une grosseur dans le sein droit : elle dut cesser de nourrir de ce côté. Cette grosseur se développa à la partie externe du sein en dehors du mamelon, à 5 centimètres environ. Au bout de huit jours, gonflement de tout l'organe, rougeur, chaleur, sans le plus léger mouvement fébrile toutefois. État stationnaire jusqu'à aujourd'hui.

État actuel. — La malade ressent de la tension dans le sein, mais pas de douleur notable, pas de fièvre, pas de réaction générale. A la pression du sein on fait sourdre du mamelon quelques gouttelettes de lait. La sensation produite par le palper est complexe. Il y a par endroits une dureté uniforme, plutôt de la rénitence, et sur la zone supérieure, quelques points fluctuants dans la profondeur : peau d'une coloration rouge cuivré. Sensation d'empâtement œdémateux dans l'organe pris en bloc. L'état général est excellent; bon appétit. Le retour de couches n'a pas encore eu lieu. — Cataplasme. Repos.

18 *mai.* — Même état. — Une ponction exploratrice faite avec l'appareil Potain nous donne quelques grammes de pus.

Cette petite ouverture livre passage à une certaine quantité de pus qui s'écoule alors sous l'influence des cataplasmes. Quelques jours après, un nouveau petit abcès s'ouvre à la partie supérieure. Diminution notable du volume du sein : ne sent plus de tension douloureuse.

Fin de mai. — La guérison est en bonne voie. Exeat.

Obs. CMLVIII. — *Mammite simple. Abcès en bouton de chemise. Incision, lavage, compression. Guérison.* — Donat (Adrienne), dix-neuf ans, domestique, entrée le 20 janvier 1880, salle Sainte-Marthe. Réglée à onze ans, toujours bien portante jusqu'à ces jours derniers. Il y a quinze jours, au moment de ses règles, sans causes connues, elle sentit pour la première fois son sein gauche se tuméfier.

État actuel. — Petite tumeur, circonscrite, du volume d'une amande, nettement fluctuante et située au voisinage du mamelon, à sa partie externe : un peu d'empâtement de toute la mamelle gauche, mais elle a conservé le même volume que la droite. — Incision : issue d'un demi-litre de pus. Drainage. Lavage antiseptique et pansement compressif.

25 *janvier.* — On enlève le pansement compressif : le drain est retiré, le foyer lavé. Compression ouatée.

29. — Le sein ne présente plus qu'une très petite plaie. — Pansement au diachylon. — 31. Guérison. Exeat.

Obs. CMLIX. — *Abcès du sein en bouton de chemise. Incision. Guérison.* — Moireau (Jeanne-Marie), vingt et un ans, cuisinière, entre le 11 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 45. Chute il y a huit jours, sur l'angle d'une table. Le poids du corps a tout entier pesé sur le sein gauche. A la suite : dans la mamelle, élancements douloureux exagérés encore par la simple pression des doigts ; puis la rougeur de la peau est apparue.

Etat actuel. — Peau chaude soulevée par le pus qui vient y former une petite tumeur en rapport avec les parties profondes, car elle est partiellement réductible : fluctuation très facile à constater. — Incision, issue d'une quantité plus considérable de pus que l'on n'aurait pu le penser. Drain, lavages antiseptiques. Compression ouatée.

14 *février.* — Le drain est sorti spontanément : toute inflammation a disparu. A peine reste-t-il une plaie de quelques millimètres. Cautérisation au nitrate d'argent. Pansement au diachylon. — Exéat.

Obs. CMLX. — *Abcès du sein. Incision. Guérison.* — Lagarde (Henriette), vingt-deux ans, couturière, entre le 30 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Bonne constitution, réglée à treize ans. Premier enfant à dix-sept ans, le second il y a deux mois. Elle les a nourri tous les deux. Il y a sept jours, elle a senti que son sein droit la faisait souffrir, elle ressentait des douleurs comparées à des piqûres d'aiguilles ; en même temps il augmentait de volume et

devenait très dur. Fièvre. Insomnie. Inappétence. Constipation; malgré cela, elle continue à allaiter son enfant, et la sécrétion lactée continue à se faire avec la même abondance.

État actuel. — Sein considérablement tuméfié; la peau est rouge, tendue, lisse, avec augmentation de température. Les douleurs spontanées, très vives, sont augmentées par la pression. Tout le sein est le siège d'une induration, plus marquée autour du mamelon. La langue est sale, il y a de la fièvre. — Cataplasmes. Purgatif. Toniques.

4 avril. — Incision avec le bistouri. Écoulement abondant de pus. Soulagement immédiat. Cataplasmes. Tube à drainage.

19. — Guérison. Sortie.

Obs. CMLXI. — *Tumeur adénoïde du sein droit. Ablation. Guérison.* — Thierry (Jeanne), dix-neuf ans, entrée le 11 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55. Mère morte tuberculeuse. Réglée à treize ans et sans difficultés, toujours bien menstruée. Pas d'enfant ni de grossesse. Grande émotion à seize ans. A dix-sept la malade s'aperçoit pour la première fois qu'elle porte au sein droit une tumeur du volume d'une noix au moment où elle la découvre. Traitée pendant deux ans et sans efficacité par l'iodure de potassium et des applications locales de différentes pommades.

État actuel. — Tumeur siégeant en dehors et un peu au-dessus du mamelon. Elle présente le volume d'une noix. Libre et sans adhérences dans la région, elle ne paraît présenter aucun rapport avec la glande mammaire. La peau roule facilement sur elle. Aucun écoulement pathologique n'a été observé par le mamelon. La tumeur n'est le siège d'aucune douleur spontanée, mais la pression en est sensible; de plus, un peu forte, elle détermine des irradiations douloureuses sur tout le bras correspondant.

19 février. — La tumeur est enlevée par la méthode du morcellement, c'est-à-dire que, fendue par la moitié et facile à délimiter, elle est alors énucléée avec une petite zone de tissus ambiants. Cette méthode permet d'affirmer qu'aucune partie malade n'a été laissée dans la plaie. — Suture avec petit drain à l'angle inférieur. Pansement légèrement compressif.

21. — On enlève les premiers points de suture. Les autres sont retirés le lendemain : pas de réunion complète.

29. — Le drain est retiré. — Cautérisation. Bandelettes de diachylon.

25 mars. — Guérison. Exeat.

Obs. CMLXII. — *Tumeur adénoïde du sein gauche. Refus d'opération.* — Nauby (Louise), vingt et un ans, journalière, entre le 14 novembre 1882, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Jamais de gourme ni de ganglions. Jamais de maladies sérieuses. Réglée à treize ans : régulièrement depuis. Il y a dix-huit mois a reçu un coup au sein

gauche à la suite duquel est survenue une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur a grossi peu à peu avec des poussées au moment des règles pendant lesquelles elle devient moins dure. Pas de douleurs spontanées, à part quelques élancements. Pas d'amaigrissement ni de perte d'appétit.

État actuel. — Au sein gauche entre le mamelon et l'aisselle, dans l'épaisseur du sein, tumeur de la grosseur d'un gros œuf, dure uniformément, roulant sous les doigts, sans changement de coloration de la peau, douloureuse à la pression. Dans l'aisselle un petit ganglion à la partie supérieure. Bon état général.

Sort le 26 novembre en refusant l'opération.

Obs. CMLXIII. — *Tumeur adénoïde ulcérée du sein gauche. Ablation. Guérison.* — Grivalgia (Ursule), quarante et un ans, sans profession, entre le 30 avril 1881, n° 42, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Il y a treize ans, à la suite d'une grossesse, elle remarqua dans le sein gauche une tumeur du volume d'une noix, dure, solide, mobile sous la peau, ne déterminant ni gêne ni douleur. Cette production, restée stationnaire pendant huit ans, commença à grossir il y a cinq ans; depuis, ses progrès ont été continus, elle est devenue douloureuse et s'est ulcérée il y a treize mois. Traitement inefficace par les topiques.

État actuel. — La moitié supérieure et externe du sein gauche est déformée par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, de forme arrondie, globuleuse. La peau qui la recouvre offre deux ulcérations, dont l'une, supérieure et interne, a les dimensions d'une pièce de deux francs, l'autre, située au-dessous et en dehors de la précédente, offre 6 centimètres de diamètre dans tous les sens. Toutes deux sont régulièrement circulaires et présentent une surface sèche, fendillée, recouverte de petites granulations rappelant l'aspect de la framboise, non végétantes, de coloration uniformément rosée. Suppuration à peine appréciable; pas d'ichor. Les bords se trouvent sur le même plan que les surfaces ulcérées, et sont légèrement décollés. Ils ne sont ni boursouflés ni taillés à pic. La peau paraît saine dans le reste de l'étendue de la tumeur. Pas de vascularisation anormale. Au toucher, consistance non homogène, ferme et élastique par place, molle et presque fluctuante en certains points, rappelant en un mot celle des tumeurs adénoïdes parsemées de kystes. En plissant la peau on constate quelques adhérences au pourtour des ulcérations. Mais nulle part on n'observe l'aspect de la peau d'orange caractéristique des tumeurs malignes. La masse morbide est mobile sur les couches profondes. Rien dans les ganglions axillaires. Douleurs sourdes, continues, lancinantes, exagérées par la pression. La malade est amaigrie et anémique, mais ne présente pas les caractères

de la cachexie. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux.

30 *avril.* — Chloroforme. Ablation de la mamelle. Incision libératrice à la partie déclive. Tube à drainage. 14 points de suture métallique. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Une coupe de la tumeur montre qu'il s'agit d'hypertrophie des acini de la glande avec formation de nombreuses cavités kystiques, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une mandarine. T. S. = 37°.

1er *mai.* — T. M. = 38°,5. S. = 38°. — 2. T. M. = 37°,3. S. = 38°,6. — 3. T. M. = 38°,5. S. = 38°,3. — 4. T. M. = 37°. S. = 37°. A partir de ce moment, température normale.

On a enlevé les fils le 3 mai. Réunion partielle.

4. — Hémorrhagie veineuse abondante, facilement arrêtée par la compression.

15. — Suppuration très modérée par le tube.

28. — Suppuration tarie. On enlève le drain.

8 *juin.* — Guérison. Sortie.

Obs. CMLXIV. — *Adénomes des deux mamelles. Ablation. Guérison.* — Cremer (Annette), vingt-six ans, femme de ménage, entre le 18 octobre 1882, n° 39, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a dix mois, sans causes connues, elle remarqua à la partie supérieure et externe du sein gauche une tumeur dure, solide, roulant sous le doigt, du volume d'une noisette, indolente. Quatre mois plus tard elle constata au-dessous du mamelon droit une tumeur plus petite, mais offrant les mêmes caractères. Ces tumeurs se sont développées lentement et progressivement.

État actuel. — Pas de déformation apparente des mamelles à la vue ; la peau est saine, l'aréole et le mamelon, de chaque côté, présentent leur aspect normal. Au toucher, on sent, du côté gauche, à la partie supérieure et externe, une tumeur du volume d'une noix, siégeant dans l'épaisseur du parenchyme, néanmoins très mobile dans tous les sens, dure, solide, offrant une consistance analogue à celle des ganglions hypertrophiés. A droite, on sent de même, à 1 centimètre au-dessous du mamelon, une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la glande et ne différant de la précédente que par son volume qui égale seulement celui d'une noisette ; même mobilité, même consistance. Indolence. Rien dans les ganglions axillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

4 *novembre.* — Chloroforme. Nous saisissons la tumeur du sein gauche afin de la rendre saillante et nous la transfixons avec le bistouri, en ayant soin que la plaie se dirige vers la partie déclive. Nous procédons de la même façon pour le sein droit sans plus de difficultés. Les plaies n'ont que 3 centimètres de longueur.

A la coupe les tumeurs présentent un tissu blanc, laiteux, composé de lobules hypertrophiés et séparés par des cloisons fibreuses épaissies; il s'agit bien d'une hypertrophie simple et partielle des glandes mammaires.

Suture métallique. Pansement avec l'eau oxygénée. Compression ouatée. — Les points de suture sont enlevés le 9 novembre. Bandelettes de tarlatane collodionnées. Pansement de Lister.

12. — Nous enlevons les tubes. Pansement au vin aromatique.

15. — Le côté droit est à peu près complètement cicatrisé. La cicatrisation du côté gauche est moins avancée. — Guérison le 20.

Obs. CMLXV. — *Fibro-sarcome du sein. Extirpation. Guérison.* — Meunier (Irma), vingt-cinq ans, domestique, entre le 2 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 48. Parents bien portants. Pas de maladies antérieures, un enfant il y a six ans. Elle ne l'a pas nourri. Pas de traumatisme antérieur dans la région. La malade n'a remarqué le début de sa maladie qu'il y a trois mois, à cette époque elle avait dans le sein gauche une grosseur du volume d'une noix. Le volume de la tumeur paraît s'être accru régulièrement. La malade n'a jamais ressenti de douleur : elle a un peu maigri.

État actuel. — A la partie moyenne du sein gauche est une masse du volume d'un gros œuf semblant bilobée; tenant au mamelon qui est rétracté, mais sans adhérences à la peau, ni aux parties profondes, et mobile. Le mamelon a toujours été rétracté. Pas d'adénopathie axillaire.

9 *mai.* — Toute la glande est enlevée, une grande partie de la peau de la mamelle est conservée. Suture. Drainage. Pansement phéniqué.

A la coupe, la tumeur est formée de deux noyaux dont le plus volumineux contient un kyste du volume d'une petite noix, à contenu visqueux.

L'*examen histologique* a montré qu'elle était constituée par un fibro-sarcome.

14. — Les sutures sont enlevées. Réunion superficielle complète.

26. — Le tube à drainage est retiré ; et le 29 guérison. Exéat.

Obs. CMLXVI. — *Sarcome kystique du sein gauche. Ablation par le bistouri. Guérison.* — Leroux (Marie-Victoire), soixante-six ans, lingère, entre le 27 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. A eu la scarlatine à vingt-deux ans. Malade arthritique, névropathe, et un peu hypochondriaque. Réglée à douze ans, trois enfants, et, après sa dernière grossesse, quelques douleurs dans le bas-ventre, sans fièvre ni vomissements. Ménopause à cinquante-quatre ans. Emphysème pulmonaire. En 1880, hémorrhagies nasales pendant une huitaine de jours, rien au cœur. Il y a quatre ans qu'est apparue sur le sein droit, à la partie supérieure et externe, une petite grosseur qui a augmenté pro-

gressivement. Depuis trois ans, chaque jour, quelques gouttes de sang qui suintaient par le mamelon ; d'abord pur, ce sang s'est mélangé ensuite de sérosité. Du côté gauche, ce phénomène n'a été observé que d'une façon tout à fait passagère. Depuis un an, le sein malade est un peu douloureux, et la malade éprouve des sensations qu'elle compare à des « picotements d'aiguilles ». Il y a quinze jours qu'il s'est fait une ulcération spontanée laissant écouler de la sérosité sanguinolente.

État actuel. — La peau est rouge, adhérente, et sillonnée de grosses veines, surtout à la partie supérieure. La tumeur, qui a le volume d'une tête de fœtus, est lourde, pendante, sans adhérences profondes. Le mamelon est rétracté, il n'y a pas de ganglions axillaires : deux ulcérations cutanées laissent couler du pus sanieux. L'appétit est conservé : pas d'amaigrissement. Rien dans les urines.

9 *mars.* — La tumeur est enlevée. Drainage. Sutures. Pansement phéniqué. T. S. 37°2.

A la coupe. — L'aspect du sarcome avec plusieurs kystes assez volumineux contenant un liquide brunâtre.

Du 10 au 15 la température est à 38°, 38°6 chaque soir.

15. — Réunion de la peau par première intention.

Du 16 au 28. — Diarrhée presque chaque jour.

3 *avril.* — La plaie est complètement cicatrisée depuis quelques jours. Exeat.

Obs. CMLXVII. — *Sarcome kystique du sein. Ablation. Guérison.* — Brunet (Marie), vingt-trois ans, modiste, entre le 15 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 40. Santé délicate pendant l'enfance. Pas d'hérédité. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Réglée à quatorze ans ; à dix-sept ans, elle a eu au sein droit une tumeur qui a été enlevée par M. Guyon. Il y a deux ans, elle a senti dans le sein gauche une tumeur dure, indolente, qui s'est accrue très lentement. Son état général est toujours resté bon et elle n'a ressenti par suite de sa tumeur que quelques petits élancements. Il n'y a jamais eu aucun écoulement par le mamelon.

État actuel. — Au sein gauche on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf, mobile sur la peau et profondément située en dedans du mamelon. Au-dessus de cette masse principale existe un petit noyau dur, mobile, du volume d'une noisette. Rien dans l'aisselle.

30 *juillet.* — Chloroforme. A l'aide d'une incision oblique en bas et en dehors, nous enlevons la tumeur et une partie du tissu glandulaire voisin. Il n'y a pas de perte de substance à la peau. Sutures. Drain à l'angle inférieur de la peau. Pansement phéniqué.

La coupe de la tumeur montre qu'on avait affaire à un sarcome kystique.

5 *août.* — La malade va bien, il n'y a que peu de suppuration et pas de gonflement. On enlève les sutures.

25. — La cicatrisation est presque faite. Il ne reste à combler que le trajet du tube à drainage. La malade va au Vésinet.

Obs. CMLXVIII. — *Sarcome du sein gauche. Ablation. Guérison. Néphrite. Urémie. Mort. Autopsie.* — Noël (Marie), quarante-six ans, domestique, entre le 25 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis.* Pas d'hérédité, syphilis à l'âge de quinze ans, gomme de la cuisse, il y a quatre ans. Menstruation régulière depuis l'âge de treize ans. Il y a six ans, elle remarqua par hasard dans la partie supérieure et externe du sein gauche une tumeur dure, indolente, du volume d'une noix. Cette production resta stationnaire pendant cinq ans : depuis un an, progrès rapides.

État actuel. — Le sein gauche offre un volume double de celui du côté opposé, il a 41 centimètres de circonférence. L'augmentation de volume porte à peu près uniformément sur toute sa masse, de sorte qu'à la vue sa forme est sensiblement hémisphérique. La peau qui la recouvre est tendue, amincie et parcourue par des veinosités bleuâtres dilatées. Elle n'offre pas d'autres altérations. Le mamelon a conservé sa forme et son volume. Au toucher les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané sont mobiles : pas de peau d'orange. La tumeur est dure, solide, de consistance sarcomateuse; elle est formée de deux lobes d'égales dimensions séparés par une dépression en gouttière, large et peu profonde ; l'un siège en haut et en dehors, l'autre en bas et en dedans. Chacun d'eux paraît hérissé de granulations qui rappellent les acini de la glande mammaire hypertrophiés. La masse morbide est mobile sur les couches profondes. Rien dans les ganglions axillaires. Sensation de tiraillement dû au poids de la tumeur. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

28 *janvier.* — Chloroforme. Ablation du sein. Incision libératrice pour faciliter l'écoulement des liquides à la partie déclive. Drain, suture enchevêtrée, trois pinces sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. — Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe, la tumeur offre l'aspect du sarcome à tous ses degrés de développement. Il existe des zones de tissu mou rosé, myxomateux, embryoplastique, des zones fibro-plastiques plus fermes, élastiques, de coloration grisâtre, et des zones fibroïdes dures, blanches, criant sous le bistouri. La tumeur est très vasculaire en tous ses points.

5 *février.* — Les fils sont enlevés. Réunion. Bandelettes collodionnées. Suppuration modérée par le tube. T. = 37°.

8. — Bronchite suffocante. Accès d'asthme pendant la nuit. Cyanose de la face. T. = 37°.

15. — Plaie guérie. Suppuration presque nulle.

17. — Dyspnée extrême, cyanose du visage. Œdème de la main gauche. Pas de fièvre.

18. — Asphyxie imminente, malgré les ventouses.

19. — Enflure légère des deux pieds. Râles trachéaux. Pour la première fois on trouve dans les urines de l'albumine en petite quantité. P. 100. Resp. 32. — Ventouses. Lavement purgatif.

20. — La nuit a été bonne ; le matin, l'asphyxie recommence. P. 92. R. 40.

23. — L'albumine a disparu dans les urines. Asphyxie, cyanose, somnolence. P. 104. Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. — La plaie du sein est absolument cicatrisée. — Le *cœur*, un peu flasque. — Les *poumons* sont le siège de lésions qui sont de date ancienne : emphysème et adhérences. — Le *foie* est manifestement gras ; la vésicule est remplie de calculs polygonaux. — Les deux *reins* présentent les lésions d'une néphrite interstitielle au début ; la capsule se détache mal ; la surface est légèrement granulée, et la substance verticale est pâle et commence à s'atrophier. — La *rate* est ferme et assez grosse. — Rien par ailleurs.

Obs. CMLXIX. — *Sarcome du sein droit. Refus d'opération.* — Joséphine Guydon, quarante-neuf ans, marchande des quatre saisons, entre le 1er juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 36. A toujours joui d'une excellente santé, et ne présente aucune trace de manifestations diathésiques appréciables. A eu trois enfants, morts jeunes, tuberculeux ; n'est plus réglée depuis cinq ans. Il y a quatorze ans, elle s'aperçut d'une petite grosseur du volume d'un petit pois située dans la zone supérieure du sein. Pendant une période de dix ans, développement lent et silencieux de la petite tumeur, qui était presque imperceptible. Depuis deux ans la malade a fatigué beaucoup plus, et le développement de la tumeur a vite acquis de grandes proportions. Indolence. État général aussi bon que possible.

État actuel. — Tumeur inégale, d'une consistance dure, du volume d'une tête d'enfant, et dont la mensuration circulaire donne 41 centimètres, présentant à sa surface des nodosités d'une même consistance, sans adhérence de la peau, qui est tout à fait saine ; à peine un réseau veineux développé à sa surface. L'exploration n'est pas douloureuse. Pas d'adénopathie. — Refus d'opération. Exeat.

Obs. CMLXX. — *Sarcome du sein. Ablation. Guérison.* — Luroy (Célestine), trente ans, blanchisseuse, entre le 8 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 39. Pas d'hérédité. Santé toujours bonne. Réglée à onze ans : a eu deux enfants, le premier il y a onze ans et le deuxième il y a neuf ans et demi ; elle les a nourris tous les deux, et après chaque enfant elle a pris un nourrisson. Pas d'abcès du sein. Pas de

traumatisme connu. Il y a un an, elle a remarqué dans son sein gauche une petite boule. A cette époque, elle a éprouvé quelques douleurs qui ont diminué à mesure que la tumeur s'accroissait, et actuellement elle ne souffre pas. Jamais elle n'a remarqué le moindre écoulement par le mamelon. Rien dans l'aisselle.

État actuel. — Au côté externe du sein est une masse mobile, sans adhérence à la peau, ayant le volume d'un œuf. Plus en avant et en dedans, près du mamelon, existe un petit noyau dur, du volume d'une petite noisette, également sans adhérence.

8 *août.* — La tumeur est extirpée avec presque toute la glande, mais sans perte de substance à la peau. Drainage. Suture. Pansement phéniqué.

12. — Les sutures sont enlevées : bandelettes de tarlatane collodionnées. Suppuration peu abondante. — La température pendant les huit jours qui ont suivi l'opération n'a jamais dépassé 37°,6.

25. — La cicatrisation est presque complète, il ne reste plus que le trajet du drain, mais la malade est prise de variole légère et passe au pavillon d'isolement. — Guérison six semaines après.

Obs. CMLXXI. — *Épithélioma de la région mammaire droite chez un homme. Ablation par le bistouri. Guérison.* — Gandaubert (Jean), soixante et un ans, journalier, entre le 27 septembre 1881, n° 79, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans il commença à éprouver en dedans du mamelon droit une sensation de prurit qui le porta à se gratter. Il remarqua dans la région un bouton rouge du volume d'une lentille qui finit par s'ulcérer et par se recouvrir de croûtes épaisses. Cette lésion fut longtemps considérée et traitée comme de l'eczéma, mais dans les derniers temps ses caractères se sont assez nettement modifiés pour que le médecin qui le traitait lui conseillât de venir à l'hôpital et de recourir au traitement chirurgical.

État actuel. — La région mammaire droite est le siège d'une ulcération elliptique, à grand axe transversal, de 4 centimètres de large sur 3 de haut, dont le bord externe est séparé du mamelon par un intervalle de 2 centimètres. La surface est recouverte de croûtes noirâtres, sèches, tellement épaisses qu'il est impossible de reconnaître les caractères de l'ulcération. Lorsqu'on a fait tomber ces croûtes à l'aide d'applications répétées de cataplasmes on met à nu une surface uniformément rouge, hérissée de granulations papilliformes, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé, les unes étant complètement dénudées et saignantes, les autres recouvertes de couches épithéliales de nouvelle formation. Les sillons anfractueux qui séparent ces granulations sont peu profonds et remplis de débris épithéliaux purulents et san-

guins. Au toucher la base sur laquelle repose l'ulcération offre une épaisseur de un demi-centimètre, n'est pas le siège d'une induration appréciable. Aucun prolongement profond. Peau mobile sur les couches profondes. Un ganglion axillaire droit est légèrement induré et hypertrophié. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

14 *janvier*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous enlevons l'ulcération. Sutures. Drain. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe. — On voit que le mal est nettement limité à la couche papillaire du derme qui est hypertrophié et jaunâtre, il n'existe pas de tendance à l'envahissement des couches profondes.

Les trois premiers jours la température oscille entre 38° et 39° et est normale ensuite. Le troisième jour on enlève les fils, réunion.

21. — La température s'élève brusquement. Douleurs dans l'aisselle du côté malade. Abcès ganglionnaire. — Incision, drainage, cataplasmes.

30. — La plaie du sein est guérie. Suppuration axillaire continue; état général peu satisfaisant. Le malade retourne chez lui.

Obs. CMLXXII. — *Épithélioma du sein gauche. Opération. Érysipèle. Pleurésie purulente. Pneumonie du sommet. Mort. Autopsie.* — Céline Deshayes, quarante ans, blanchisseuse, entre le 19 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. A toujours joui d'une excellente santé, et ne présente dans ses antécédents héréditaires rien de suspect. Pas de manifestation diathésique appréciable. Deux enfants. Menstruation régulière. Il y a un an, coup sur le sein gauche. Une grosseur commença à se développer à la partie externe du mamelon : développement lent et progressif. Il y a quatre mois, il se développe un bouton dans le sillon inférieur du sein, bouton qui s'ulcéra et donne écoulement, depuis ce temps, à une sérosité sanieuse. Pas d'hémorrhagie.

État actuel. — Énorme masse envahissant presque tout l'organe, et se distinguant par une adhérence générale à la peau. Le plissement provoqué de la peau rappelle absolument la peau d'orange, spéciale à ce genre de tumeurs. Celle-ci est dure et présente tous les caractères d'une affection maligne. Pas de ganglions engorgés dans l'aisselle. État général bon.

24 *mai*. — Anesthésie. Longue incision de 30 centimètres environ rejoignant obliquement l'aisselle : épaisseur étonnante de la peau qui a près de 1 centimètre et qui crie sous le bistouri sur presque toute l'étendue de la tumeur. Ablation de la tumeur par morcellement. Drainage. Sutures entortillées. Pansement phéniqué.

Coupe de la tumeur : c'est tout à fait celle du carcinome.

25. — La malade a peu dormi. Pouls à 120. T. hier soir, 37°,6, ce

matin 38°,2. Potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina, sulfate de quinine 1 gramme.

26. — La malade a peu dormi encore, et accuse des douleurs vives dans la plaie. T. hier soir, 39°,2, ce matin 38°,6. P. 124.

27. — Toujours état fébrile manifeste; agitation. Empâtement de la plaie, dont le pourtour est le siège d'une rougeur œdémateuse nette et assez étendue. T. 39°,8. — Même traitement.

28. — T. M. 39°,4. S. 40°,2. P. 140. La malade est très abattue, dyspnéique. Souffle intense de pneumonie à gauche. — Vésicatoire.

29. — La malade se trouve soulagée un peu. T. 39°,4. L'érysipèle n'a pas gagné : c'est surtout le dos qui est menacé.

30. — Délire cette nuit. La prostration s'est accentuée. Persistance des phénomènes pneumoniques. Érysipèle dans le même état.

31. — La malade respire très mal : refroidissement de la face et des extrémités; sueurs visqueuses.

1er *juin*. — La malade succombe à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — Pas de communication de la plaie chirurgicale avec la poitrine. La *plaie* ne présente presque plus de traces d'érysipèle. — Adhérences du feuillet pariétal de la *plèvre gauche : pleurésie énorme avec flocons de pus et quantité de flocons fibrineux*. Le lobe supérieur du *poumon gauche* est atteint de pneumonie au deuxième degré. Congestion généralisée à droite. — Rien dans le *foie*. — Volume exagéré des *reins* qui sont altérés. — *Cœur* rempli de caillots.

Obs. CMLXXIII. — *Épithélioma du sein gauche ayant débuté par les glandes de la peau et envahi secondairement la glande. Ablation*. — Ragué (Céline), quarante et un ans, domestique, entre le 22 décembre 1882, n° 45, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a six mois, elle remarqua au-dessus et en dehors du mamelon gauche une tumeur du volume d'une noisette qui s'est développée rapidement en déterminant de légères douleurs lancinantes. Dans les derniers temps les ganglions axillaires se sont pris et ont provoqué une certaine gêne des mouvements du bras.

État actuel. — Le sein gauche n'est pas sensiblement plus volumineux que le droit. Mais il offre, au-dessus et en dehors du mamelon qui est effacé et rétracté, une saillie rougeâtre du volume d'une noix à la surface de laquelle la peau est amincie, tendue et paraît prête à se rompre. Les veines sous-cutanées sont dilatées mais non sinueuses. Au toucher, on sent dans l'épaisseur de la glande mammaire une tumeur du volume d'une mandarine, dure, solide, de consistance uniformément fibroïde, envoyant des prolongements suivant divers rayons du tissu glandulaire. La peau est très adhérente à la tumeur au niveau du point enflammé; au pourtour elle offre lorsqu'on la plisse l'aspect caractéristique de la peau d'orange. La

tumeur est mobile sur les muscles pectoraux. On sent dans l'aisselle gauche un ganglion induré du volume d'une noix ayant conservé sa mobilité. Douleurs lancinantes. Gêne des mouvements du bras. Rien dans les viscèces thoraciques et abdominaux. Etat général satisfaisant.

30 *décembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous enlevons largement, non seulement la tumeur, mais toute la glande mammaire et une portion de son atmosphère cellulo-adipeuse. Nous prolongeons ensuite l'incision jusqu'à l'aisselle et nous énucléons facilement un ganglion du volume d'une noix et plusieurs autres de dimensions moindres. Contre-ouverture de la partie déclive, drainage et suture entortillée jetée sur 12 épingles. Pansement à l'eau oxygénée et compression ouatée.

A la coupe, la tumeur présente un aspect blanchâtre, nacré, une consistance dure et lardacée, elle est peu vasculaire. Elle intéresse la peau et le tissu mammaire.

Examen histologique. — Epithélioma tubulé des glandes de la peau, envahissement secondaire de la mamelle.

Rien à noter dans les suites de l'opération.

Obs. CMLXXIV. — *Épithélioma du sein gauche. Ablation des parties malades, de la mamelle et des ganglions axillaires.* — Zeuge (Anne), soixante-trois ans, entre le 16 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a deux ans et demi, elle remarqua, immédiatement au-dessus du mamelon gauche, une tumeur cutanée verruqueuse du volume d'un pois. Cette production était le siège de prurit qui portait la malade à se gratter. Elle fit saigner la tumeur et celle-ci finit par s'ulcérer. L'ulcération s'étendit et devint le siège de douleurs lancinantes. Le traitement médical n'ayant aucun résultat, la malade se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — La moitié supérieure du sein gauche est le siège d'une ulcération irrégulièrement circulaire de 5 centimètres de diamètre, à bords indurés, couverts de croûtes brunes épaisses, à fond rouge saignant, hérissé de saillies papilliformes : ichor fétide. Le mamelon n'est pas affaissé, mais il est attiré en haut et se confond de ce côté avec le bord de l'ulcération. La surface ulcérée repose sur une base indurée, adhérente dans toute son étendue au parenchyme mammaire qui est lui-même très dur en ce point. Dans le reste de son étendue, la mamelle paraît saine. La peau qui entoure l'ulcération prend l'aspect caractéristique de la peau d'orange lorsqu'on la plisse. Les ganglions de l'aisselle sont indurés, hypertrophiés et douloureux, ils adhèrent aux cavités profondes, mais sont mobiles sous les téguments. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Etat général encore satisfaisant.

4 novembre. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous enlevons toute la mamelle et les ganglions malades partie en les énucléant à l'aide des doigts et de la spatule, partie en les disséquant. Les ganglions adhèrent aux vaisseaux axillaires et particulièrement à la veine que nous sommes obligé de dénuder dans une étendue de 3 centimètres. Quelques pinces sont laissées à demeure. — Drain. Suture. Pansement à l'eau oxygénée. Compression ouatée. Le soir T. 37°.

5. — T. M. 37°, T. S. 37°,6. On enlève les pinces.

6. — T. M. 38°,8. T. S. 38°.

10. — On enlève les fils, réunion superficielle, suppuration modérée. — *2 décembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. CMLXXV. — *Ulcération épithéliomateuse du sein. Refus d'opération.* — N..., cinquante-sept ans, blanchisseuse, entre le 10 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 45. Sa mère serait morte à cinquante-sept ans de la poitrine. Pas de syphilis; alcoolisme. Mariée, pas d'enfants ni de fausses couches. Pas de rhumatisme, a tous les signes d'une insuffisance aortique. Il y a quinze ans, serait apparue, en dehors du mamelon gauche, une *bulle* que la malade a ouverte et dont il serait sorti une eau rousse et fétide : à la suite il est resté une plaie qui, par moments, se recouvre d'une croûte; celle-ci tombe et la plaie réapparaît. Depuis quinze ans, la lésion aurait ainsi persisté, sans changement d'étendue. Depuis six semaines seulement, elle est devenue douloureuse; il s'y produit des élancements, que la malade compare à des piqûres d'épingles, ou à des sensations de froid. Elle prétend avoir de plus une douleur qui occupe le bras gauche et irradie vers le petit doigt, douleur revenant par accès très intenses : enfin douleurs vagues dans le ventre, surtout à gauche.

A quelques centimètres en dehors du mamelon gauche, existe une petite plaie superficielle de 4 centimètres sur 2. Cette plaie est en grande partie occupée par une croûte noire ; les bords sont blanchâtres, formés par du tissu de cicatrice; en dehors existe une troisième zone rouge, formant bordure. Le tout constitue une plaque dure comprenant toute l'épaisseur de la peau, sans prolongement dans les parties profondes. Pas de ganglions axillaires.

15. — Refus d'opération. Exeat.

Obs. CMLXXVI. — *Squirrhe du sein. Refus d'opération.* — Clémentine Bouvray, trente-cinq ans, brodeuse, entre le 8 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 45. Pas d'hérédité. Femme pâle, maigre, n'a jamais eu de maladies graves, mais santé médiocre. Pas d'enfants, ni de fausses couches. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a neuf semaines, s'est heurté violemment le sein contre un lit; sur-le-champ, douleur vive qui lui a fait perdre connaissance; pendant huit jours, rien d'anormal, puis elle a remarqué un peu au-dessus du mamelon droit

une tumeur du volume d'une noix, roulant sous le doigt et insensible à la pression. En dix jours, la tumeur avait progressé au point d'égaler la grosseur d'un œuf de dinde; à partir de ce moment, douleurs intermittentes, mais supportables. — Cataplasmes. Aucune amélioration.

Etat actuel. — Le sein droit n'est pas beaucoup plus volumineux que l'autre, la peau présente des rides comme on en remarque sur la peau d'une orange, mais sa coloration est normale; mamelon rétracté, suintement ichoreux. Au toucher, on reconnaît que la glande est complètement envahie. La peau est adhérente à la masse morbide; si on la tend, on voit apparaître de grosses veines bleuâtres. La tumeur est d'une consistance ligneuse, présente des saillies mamelonnées, immobile sur le muscle pectoral avec lequel elle doit avoir contracté des adhérences. Peu de douleur à la pression. Pas de ganglions dans l'aisselle. — 29. — Refus d'opération. Exeat.

Obs. CMLXXVII. — *Squirrhe du sein. Ablation. Guérison.* — Mesnard, cinquante-deux ans, entre le 9 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 42. Réglée à dix-sept ans. Mariée à trente-neuf ans. Un enfant à quarante ans. Né avant terme, cet enfant n'a vécu que sept jours. Ménopause à quarante-neuf ans sans accidents sérieux. Eruptions eczémateuses sur le visage. Cette femme en a eu, dit-elle, toute sa vie. Elle porte sa tumeur du sein gauche depuis 1867, non douloureuse du reste. A ce moment, elle consulta un médecin qui prescrivit des pommades fondantes. Elle ne commença à grossir et à devenir le siège de sensations pénibles et spontanées qu'au moment de la ménopause, puis des adhérences se formèrent entre la peau et le néoplasme. Enfin depuis quatre ou cinq mois un engorgement ganglionnaire assez douloureux apparut sur la face interne de la cavité axillaire.

Etat actuel. — Paquet ganglionnaire du volume d'un œuf de pigeon sur les parois costales; on l'abaisse en comprimant la région sous-claviculaire, ce qui le rend saillant et très facile à sentir. La tumeur dure, fortement adhérente à la peau, en nappe et du volume à peine d'une pièce de 2 francs, est libre de toute adhérence profonde. Elle est située à 3 centimètres au-dessus du mamelon droit. Le grand pectoral se contracte sans modifier sa position. Non seulement la peau est parcheminée, mais elle paraît encore comme attirée vers la tumeur, d'où une dépression cratériforme. Pas d'ulcérations, pas d'écoulements pathologiques par le mamelon.

19 *mars.* — Extirpation de la tumeur. Suture. Drainage. Pansement antiseptique.

21. — La malade va bien; on retire les points de suture.

15 *avril.* — La cicatrisation est presque complète.

29. — La malade sort guérie.

Obs. CMLXXVIII. — *Squirrhe du sein. Extirpation. Guérison.* — Ma-

dame Duval, cinquante-cinq ans, ménagère, entre le 13 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 47. Père et mère morts d'affections thoraciques. Pas de maladies antérieures. La malade dit s'être donné un coup en montant du bois, au mois de mars 1881 et avoir remarqué l'existence d'une petite boule dans son sein quatre ou cinq jours après. Depuis, la tumeur a grossi et lui a causé quelques douleurs, quelques élancements. Le sein n'a jamais laissé écouler aucun liquide depuis le début de la maladie.

Etat actuel. — Il existe une tumeur du volume d'un œuf placée à peu près au centre de la mamelle, adhérente au mamelon et à la peau qui est au-dessus du mamelon mobile sur les parties profondes. On ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle ni contre la paroi thoracique.

13 *juin.* — La tumeur est enlevée avec la partie adhérente de la peau. — Drainage. Suture. Pansement phéniqué.

La tumeur est reconnue *à la coupe* pour être un squirrhe.

La plaie se réunit par première intention dans toutes ses parties superficielles.

11 *juillet.* — L'orifice supérieur et interne par lequel sortait le tube à drainage est cicatrisé.

29. — La cicatrisation est complète.

Obs. CMLXXIX. — *Squirrhe du sein gauche. Ablation. Mort.* — Veuve Legendre, cinquante-six ans, ménagère, entre le 26 novembre 1881, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Menstruation régulière de quinze à quarante-cinq ans. Il y a quatre ans, elle remarqua à la partie supérieure et externe du mamelon gauche un noyau induré développé aux dépens de la peau et déterminant la rétraction des parties voisines. Ces phénomènes se sont accentués progressivement, en même temps qu'apparaissent des douleurs lancinantes.

Etat actuel. — Le sein gauche est déformé par une dépression profonde, linéaire, étendue transversalement du bord gauche du sternum à la paroi antérieure de l'aisselle du même côté, et tangente au bord supérieur de l'aréole mammaire. Immédiatement au-dessus du mamelon cette dépression est le siège d'une plaque squammeuse grisâtre, de 2 centimètres de diamètre, autour de laquelle les tissus y compris l'aréole et le mamelon sont froncés, rétractés. Gêne de la circulation profonde, accusée par la présence de veinosités bleuâtres superficielles disposées en pinceau, au côté interne du sein et rayonnant vers le sternum. Au toucher, la plaque squammeuse répond à une zone indurée ligneuse offrant la consistance du squirrhe atrophique et envoyant de grands prolongements dans toute l'épaisseur de la mamelle. Les deux tiers de la peau du sein sont adhérents et offrent l'aspect de la peau d'orange lorsqu'on les plisse. La tumeur

est mobile sur les couches profondes. Rien du côté opposé, rien dans les ganglions axillaires. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général encore satisfaisant.

26 *novembre.* — Chloroforme. Ablation large de la tumeur. Il n'existe pas d'adhérences musculaires. Incision libératrice du côté de l'aisselle. Drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Les caractères macroscopique et microscopique de la tumeur sont ceux du squirrhe.

27. — T. S. 39°. — 28. T. M. 38°. S. 30°.

29. — Frisson. Point de côté. T. 40°. Pneumonie droite.

30. — T. M. 39°6. T. S. 41°. Dyspnée extrême. Délire. — Vésicatoire. Potion kermetisée. Alcool. Sulfate de quinine.

Les jours suivants, la pneumonie fait des progrès. L'état général s'aggrave ; la température oscille entre 40 et 41°.

4 *décembre.* — Mort dans l'adynamie. — Opposition à l'autopsie.

Obs. CMLXXX. — *Squirrhe en cuirasse ulcéré. Opération. Guérison.* — Duclos (Marie), cinquante-sept ans, femme de ménage, entre le 8 août 1881, salle Sainte-Marthe. Femme obèse, d'une santé parfaite. Pas d'hérédité cancéreuse. Réglée à dix-sept ans, elle a cessé de l'être il y a dix ans. Il y a treize ans, elle a reçu un coup de chandelier sur le sein. Pas de suites sérieuses. Il y a cinq ans, la tumeur a débuté par le bout du sein qui s'est rétracté. Peu à peu, il s'est formé des sillons sur la peau du sein, qui diminua beaucoup de volume. Il y a trois ans, le bout du sein est tombé après avoir jeté pendant un certain temps de l'humeur et du sang. La plaie s'est agrandie peu à peu. Lors des pansements, il tombait souvent des lambeaux de tissu. Bientôt, l'état est resté stationnaire jusque il y a quatre mois. Toujours sans aucun traitement médical ou chirurgical, la malade vit alors l'ulcération s'accroître rapidement et arriver à présenter une étendue de 15 centimètres sur 10.

État actuel. — La surface de cette ulcération est anfractueuse, il existe à sa partie centrale une dépression très profonde allant probablement jusqu'au muscle. On remarque disséminés çà et là des points de sphacèle à côté desquels on voit des îlots blanchâtres de cicatrisation. Autour de la partie ulcérée existent, sur la peau, de petits nodules durs dont quelques-uns sont disséminés jusqu'auprès de la ligne médiane. L'examen de l'aisselle n'y fait pas sentir de ganglion.

12 *août.* — L'opération est faite au bistouri. Contre-ouverture externe. Drain. Toute la partie interne de la plaie est laissée béante et pansée à plat. Pansement de Lister.

13. — T. S. = 37°6. — 14. T. M. = 37°8 — S. = 38°.

15. — T. M. = 38°2. — S. = 38°3.

16, 17 et 18. — La température oscille entre 38° et 37°6.

19. — La partie non réunie de la plaie mesure encore 19 centimètres dans le sens transversal sur 9 dans le sens vertical.

30. — Elle n'a plus que 15 centimètres sur 5.— Deux greffes épidermiques.

3 *septembre*. — Les greffes n'ont pas pris. La plaie mesure 12 centimètres et demi sur 4. Cautérisations légères au nitrate d'argent.

10. — La plaie a 9 centimètres sur 3. Le tube à drainage est retiré. Deux petits noyaux durs, demi-transparents, qui paraissent de mauvaise nature : on les enlève au bistouri.

16. — La malade va très bien et sort de l'hôpital. Elle y revient tous les deux jours pour se faire panser.

28. — La plaie est réduite à 6 centimètres sur 1.

11 *octobre*. — La cicatrisation est presque terminée, mais de petits noyaux cancéreux se sont reformés au bord inférieur de la cicatrice : on les enlève au bistouri. L'état général de la malade est parfait.

16 *novembre*. — La plaie qui résultait de la dernière extirpation des petits noyaux est cicatrisée, mais il s'est reformé au bord supérieur de la cicatrice près du sternum et à son bord inférieur au-dessous de l'emplacement du mamelon de petits nodules durs.

30. — Ces petits noyaux sont enlevés au bistouri, à l'aide de l'anesthésie locale à l'éther.

20 *décembre*. — La cicatrisation est faite. L'état général est parfait.

Obs. CMLXXXI. — *Squirrhe du sein. Pas d'opération.* — Salange (Félicie), soixante-neuf ans, journalière, entre le 20 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 45. Pas de maladies graves : un peu de rhumatisme. A eu quatre enfants qu'elle a nourris. Il y a neuf mois, elle s'est aperçue de la présence d'un gonflement dur à la partie supéro-interne de la mamelle gauche, à trois travers de doigt au-dessus du mamelon. Pendant quatre mois, elle n'y a guère fait attention et ne sait dire si pendant ce laps de temps elle a augmenté ; mais depuis, et surtout depuis six semaines, la tumeur a évolué d'une manière rapide. Elle n'a pas perdu son embonpoint et toutes ses fonctions se font bien. Elle éprouve très souvent dans la journée et principalement pendant la nuit, ce qui trouble son sommeil, des élancements très violents.

État actuel. — Gonflement considérable de la mamelle à sa portion supéro-interne. La peau est tendue à ce niveau, mais ne présente ni bosselures ni veines dilatées. Le mamelon sans être rétracté est cependant moins saillant que celui du côté opposé. Au toucher, le sein offre une dureté très grande, on a la sensation d'un corps résistant sans élasticité, sans fluctuation, sans bosselures. Cette consistance est la même sur tous les points. La peau est adhérente à la tumeur, et, quand on la plisse, on n'obtient pas l'aspect de la peau d'o-

range. La pression n'est pas douloureuse. Les ganglions de l'aisselle offrent une dureté analogue à celle de la tumeur.

Le 23 janvier 1881, la malade demande sa sortie.

Obs. CMLXXXII. — *Squirrhe du sein droit. Opération. Erysipèle. Mort.* — Madame Vénot, soixante-huit ans, domestique, entrée le 24 mai 1881. Bonne santé antérieure. Cette malade a remarqué dans le sein droit, il y a dix-huit mois, une petite glande qui a grossi progressivement depuis cette époque : n'a pas de douleurs vives, mais s'est affaiblie notablement.

Il existe *actuellement* une tumeur occupant surtout la partie externe de sa mamelle droite, irrégulière, ayant quelques adhérences à la peau et n'étant pas mobile sur les parties profondes. Pas de ganglions dans l'aisselle.

24 *mai.* — La tumeur est extirpée à l'aide de deux incisions concaves en sens opposé dirigées obliquement en bas et en dehors. Sutures au fil d'argent. Drainage. Pansement de Lister.

Dès le jour de l'opération la malade fut prise de rétention d'urine. Cette rétention ne cessa pas jusqu'à la mort de la malade. Le cathétérisme fut fait méthodiquement matin et soir.

La plaie sembla évoluer normalement d'abord. Les sutures furent enlevées le sixième jour et remplacées par des bandelettes collodionnées. La suppuration resta de bon aspect jusqu'au 1er juin. A ce moment la plaie fut entourée de rougeurs qui s'étendirent les jours suivants et gagnèrent l'abdomen. Elles présentaient plutôt les caractères de la lymphangite que ceux de l'érysipèle. La plaie resta cependant de bon aspect jusqu'au 6 juin. A cette époque bien que la rougeur érysipélateuse du tronc fût presque entièrement disparue, la plaie se sécha et la suppuration se tarit.

En même temps, on pouvait constater des signes non équivoques de congestion pulmonaire. La malade tomba dans l'adynamie, sa langue devint sèche et la mort arriva dans la soirée du 8 juin.

Obs. CMLXXXIII. — *Squirrhe du sein. Ablation. Guérison.* — Bourdet (Antoinette), quarante ans, entre le 8 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. Pas d'hérédité. Gourmes dans l'enfance. Réglée régulièrement dès l'âge de quinze ans. Fièvre typhoïde à dix-huit ans. Un enfant, il y a quatorze ans. Elle aperçut dans le sein gauche, il y a deux mois, une petite grosseur qui a augmenté insensiblement, sans causer de douleur. C'est à peine si la malade ressent parfois, surtout quand elle se sert du bras correspondant, une douleur sourde.

État actuel. — Au-dessus du mamelon gauche, il existe une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, mal limitée, non douloureuse à la pression. La peau, à son niveau, est rouge, adhérente, présentant l'altération peau d'orange. Le mamelon est intact. Pas de ganglions axillaires. L'état général est satisfaisant : bon appétit; la

malade tousse un peu depuis trois semaines. Rien à l'auscultation.

16 *mars*. — La tumeur, circonscrite par deux incisions curvilignes, est enlevée. — Elle présente tous les caractères du squirrhe. — Sutures et drains. Pansement Lister.

Les jours suivants, la température reste normale; un seul soir, elle monte à 37°,8. Vomissements (dus au chloroforme) dans la nuit du 16 au 17.

20. — On enlève les sutures : bandelettes collodionnées. La réunion s'est faite dans toute la partie suturée.

25. — Suppuration seulement sur le trajet du tube. Exeat.

Obs. CMLXXXIV. — *Squirrhe du sein gauche paraissant développé pendant l'allaitement. Opération. Guérison.* — Bader (Marie), trente et un ans, ménagère, entre le 12 août 1881, salle Sainte-Marthe, nº 42. Père mort de cancer à la lèvre inférieure. État général bon, quoiqu'elle ait maigri depuis un an. Elle a eu six enfants en cinq couches; le dernier en 1879. Les a tous nourris, mais du sein gauche et pas du droit, parce qu'à son premier allaitement elle a eu des crevasses au mamelon de ce côté. A cette époque elle nourrissait encore son dernier enfant. Il y a trois mois, elle a été soignée pour un abcès du sein gauche : incision à la consultation. Elle dit qu'il ne s'écoula que du sang. La plaie résultant de cette incision, faite à la partie inférieure du sein, ne s'est jamais refermée. Depuis, elle a continué à ressentir dans le sein des élancements et des démangeaisons. Il n'y a pas eu d'écoulement par le mamelon qui a commencé à se rétracter peu de temps après un coup qu'elle a reçu. Enfin, la malade a remarqué au-dessus du mamelon une glande qui était au début du volume d'une noisette et, grossissant peu à peu, est arrivée en trois mois au volume d'une orange, provoquant de la rougeur de la peau et une tuméfaction générale du sein.

Etat actuel. — Masse dure, mesurant 8 centimètres sur 6, lobulée à la palpation. Elle n'adhère à la peau qu'au niveau du mamelon et à la partie inféro-interne du sein qui présente trois ulcérations : l'une inférieure, arrondie, de 3 centimètres de diamètre, les autres plus petites situées en dedans de la première; l'une est allongée et résulte au dire de la malade du coup de bistouri qui lui a été donné. Ces ulcérations sont à surface régulière, évidée en godet, à bords adhérents, non décollés, non taillés à pic. La tumeur est nettement limitée et mobile profondément. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle.

24 *août*. — Anesthésie. La tumeur est enlevée largement. Cinq ou six vaisseaux sont pincés. Drains. Suture. Pansement de Lister. Compression. Pas de ligature de vaisseaux. — Dans la journée, suintement sanguin abondant.

La coupe de la tumeur montre que toute la glande était devenue

squirrheuse, elle est cloisonnée de travées d'apparence fibreuse circonscrivant les lobules glandulaires et adipeux. Au niveau des ulcérations, la coupe montre que sur une étendue qui leur correspond exactement et jusqu'à une profondeur de 2 centimètres environ, existe un tissu mollasse encéphaloïde, de couleur brun rougeâtre, tranchant nettement par sa couleur et sa consistance sur les travées, blanches, dures, environnantes.

La réunion superficielle a réussi, mais pendant les huit premiers jours, la plaie a donné par les tubes à drainage un suintement sanguinolent abondant. Aucune complication n'est survenue. Les tubes à drainage ont été progressivement raccourcis.

5 *octobre.* — La cicatrisation est parfaite. — La température ne s'est élevée qu'une fois à 38°,6.

23 *décembre.* — On revoit la malade en parfait état général et local.

Obs. CMLXXXV. — *Squirrhe diffus du sein gauche. Opération. Guérison.* — Ernestine Malecot, soixante-quatre ans, ménagère, entre le 2 novembre 1881, Sainte-Marthe, n° 54. Pas d'hérédité. Pas de rhumatisme. A la suite d'une chute sur la tête vers douze ans, otite moyenne suppurée, écoulement d'oreille depuis.

Réglée à treize ans, régulièrement. Vers quarante ans, tumeur de l'abdomen à gauche, soignée par Monneret. Au bout de sept ans, la tumeur, indolore, se développe et s'accompagne d'hydropisie très prononcée, d'œdème des jambes, etc. Traitement par le lait, le chiendent et le vin blanc. Le tout disparut en sept ou huit ans ; amaigrissement : les règles cessent à ce moment. Bonne santé depuis lors ; prend de l'embonpoint. Il y a deux ans, elle s'aperçut d'une tumeur au sein gauche : pas d'amaigrissement, pas de douleurs marquées. — Pommades, tisanes : sans résultat.

A l'entrée. — Très bon état général, fonctions régulières. A gauche, mamelon rétracté : il en part une tumeur diffuse composée de ramifications dures de la grosseur à peu près d'un œuf de poule.

Toujours écoulement de l'oreille gauche, peu abondant, intermittent, tantôt purulent, tantôt sanguin, sans douleur.

17 *novembre.* — Chloroforme. Toute la glande est enlevée ; curage de l'aisselle. Pansement de Lister.

On enlève la moitié des sutures le deuxième jour, le reste le quatrième. La réunion par première intention est aussi belle que possible. Le drain est enlevé le sixième jour, à peine quelques gouttelettes de pus. Très bon état général.

Sort au bout de quinze jours entièrement guérie, ne gardant qu'un peu de faiblesse du bras gauche. — Bains sulfureux. — Elle revient nous voir le 20 décembre, et se porte aussi bien que possible.

Obs. CMLXXXVI. — *Squirrhe du sein gauche. Opération. Guérison.*

— Journiaux (Caroline), quarante-sept ans, concierge, entre le 16 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 53. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement. Mariée à vingt-deux ans : cinq enfants dont trois morts, à trois ans, quinze jours et trois ans. Fluxion de poitrine à trente-neuf ans : ménopause à quarante-cinq ans. Il y a dix-huit mois ou deux ans, s'aperçut d'une petite tumeur à la mamelle gauche, douloureuse. Elle la soigne par des pommades, de l'iodure de potassium, des emplâtres. La tumeur grossit peu à peu, ne donnant lieu qu'à quelques rares élancements. Très peu d'amaigrissement. Le teint devient un peu jaune, n'a jamais eu grand appétit. Quelquefois pertes blanches.

État actuel. — Bonne santé apparente. Au sein gauche, tumeur du volume de deux œufs de poule, ovoïde, située au-dessus et en dedans du mamelon rétracté, aréole prise. En trois endroits la peau est envahie et il existe trois plaques rondes, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, dures, rouges, jaunes à leur centre, parcourues par des veinules en rayons. On ne sent rien dans l'aisselle correspondante.

23 *novembre.* — Chloroforme. On enlève largement la peau et tout le sein. L'incision prolongée dans l'aisselle permet d'enlever six ou sept ganglions gros comme des haricots. Incision déclive pour les liquides. Suture. Drain. Pansement Lister. On ne peut réunir la partie interne de l'incision qui est pansée à plat sur une grandeur d'une pièce de cinq francs, on laisse une pince dans l'aisselle. Sulfate de quinine : opium.

24. — Nuit assez bonne. On enlève la pince.

Suites bonnes. Sort presque entièrement guérie le 14 décembre.

Obs. CMLXXXVII. — *Squirrhe du sein gauche. Opération. Mort.* — Demande (Adélaïde), cinquante-six ans, femme de ménage, entre le 26 novembre 1881, salle Sainthe-Marthe, n° 49. D'une bonne santé habituelle, aucun antécédent cancéreux dans sa famille. Coup au sein gauche quatre ans auparavant. Le ménopause a eu lieu à quarante-huit ans. Elle s'est aperçue de sa tumeur il y a cinq mois et celle-ci n'a fait que s'accroître et se manifester par des douleurs lancinantes parfois très fortes.

État actuel. — Tumeur grosse comme le poing environ, adhérente à la peau en dehors du mamelon, au lieu habituel : il ne semble y avoir rien dans l'aisselle.

26 *novembre.* — Anesthésie. Large ablation au bistouri. Curage de l'aisselle où on enlève quelques ganglions qui n'étaient pas sensibles à la palpation. Pas de ligatures. Drainage. Sutures métalliques. Pansement de Lister.

Le soir, le pouls est fréquent, la malade se plaint d'une soif très vive et souffre de sa plaie, elle est agitée et inquiète. T=38°.

27. — Nuit mauvaise : toujours grande soif. Sulfate de quinine, la langue est sèche : la malade agitée, fébrile, P. 110. — T. 38°,5.

L'état général reste aussi mauvais les jours suivants. La plaie suppure peu, on ôte les sutures et on fait le pansement avec soin. Il n'y a pas de frissons, pas de diarrhée, mais de la fièvre vive, du délire parfois. Cet état continue en s'empirant jusqu'au 3 décembre, date de la mort. — Opposition à l'autopsie.

Obs. CMLXXXVIII. — *Squirrhe du sein gauche. Ablation. Guérison.* — Mahé (Victorine), quarante et un ans, femme de ménage, entre le 20 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 33. Sans cause connue, elle a ressenti, il y a quatre mois, des picotements dans le sein gauche; et elle y a remarqué à la partie supérieure et externe une grosseur qu'elle a comparée à un petit œuf. Les deux premiers mois, état à peu près stationnaire de la tumeur, quelques élancements, pas de vraies douleurs; mais depuis le commencement de juillet, la tumeur a évolué rapidement, le mamelon s'est rétracté, les douleurs sont devenues aiguës et fréquentes. État général très bon.

État actuel. — Tumeur du volume d'une tête de fœtus de cinq à six mois, qui occupe la partie supérieure et externe de la glande ; la peau est normale, mais quand on la plisse, elle prend l'aspect chagriné ; elle a contracté quelques adhérences avec la tumeur. Le mamelon est rétracté. La tumeur est résistante, dure, bosselée, dans sa plus grande étendue, douloureuse à la pression, mobile sur le muscle grand pectoral avec lequel elle ne semble pas adhérente. Rien d'anormal du côté des ganglions axillaires.

22 *août.* — Chloroforme. Deux incisions curvilignes circonscrivent la tumeur, et la peau ayant contracté des adhérences est enlevée avec la tumeur. Suture métallique. Drain. Pansement phéniqué.

25 *septembre.* — Guérison presque complète. Sortie.

Obs. CMLXXXIX. — *Squirrhe atrophique du sein gauche (carcinome à petites cellules). Ablation. Guérison.* — Fournay (Célestine), soixante-trois ans, blanchisseuse, entre le 10 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Femme robuste. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Alcoolisme. Il y a six ans, elle remarqua au-dessous du mamelon gauche une tumeur dure, solide, du volume d'une noix, adhérente à la peau. Cette production évolua d'abord lentement et progressivement. Il y a deux ans, son évolution devint plus rapide, et la malade vint dans notre service où elle fut traitée, par notre confrère le Dr Bouchut, par les injections de papaïne. Chaque injection déterminait un foyer d'inflammation qui aboutissait à la suppuration, en occasionnant de très vives douleurs. La malade eut le courage de supporter six injections, à la suite desquelles elle fut considérée comme guérie. Il y a huit mois, récidive, ulcération de la peau, envahissement rapide de la mamelle.

Etat actuel. — Le sein gauche est déformé par une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, occupant la moitié externe. Le mamelon est effacé, rétracté. La peau présente les cicatrices des incisions et abcès, et immédiatement au-dessous du mamelon un orifice fistuleux, à bords ulcérés, rouges, fongueux, par lequel s'échappe continuellement une sérosité rougeâtre. Au toucher la peau est adhérente à la tumeur, elle offre lorsqu'on la plisse l'aspect caractéristique de la peau d'orange. La masse morbide n'a pas une consistance uniforme. En haut et en dehors elle est dure, solide, et offre la résistance ligneuse du squirrhe. En bas et en dedans elle est molle, fluctuante, et paraît constituée par un kyste du volume d'une mandarine ; lorsqu'on presse sur cette région, l'écoulement du liquide se fait plus abondamment par l'orifice fistuleux. Il existe en outre des prolongements, diffus, mal limités dans la moitié interne du sein qui paraît saine à la vue. Pas d'adhérences profondes. Rien dans les ganglions axillaires. Douleurs lancinantes et exacerbations nocturnes. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

28 *janvier.* — Chloroforme. — Ablation du sein et de la peau qui le recouvre. Afin de faciliter le rapprochement des bords de la plaie et leur suture, nous taillons au côté externe un lambeau angulaire à sommet inférieur, que nous faisons pivoter sur sa base de manière à le ramener sur l'emplacement du sein, entre les bords de la perte de substance. Nous suturons ensuite la moitié interne des bords de la plaie entre eux, puis leur moitié externe aux bords correspondants du lambeau, seize fils métalliques sont employés à cet effet. Drainage. Deux pinces sont laissées à demeure pendant vingt-quatre heures. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe. — La tumeur est formée d'un tissu dur, blanchâtre, d'aspect squirrheux. Les vaisseaux sont atrophiés. Il existe en outre plusieurs noyaux rougeâtres, ramollis, et un kyste à parois fongueuses contenant un liquide séro-sanguin brunâtre.

2 *février.* — Une partie des points de suture ont pris : bandelettes collodionnées.

15. — La plaie se rétrécit rapidement : état général excellent.

20. — Vomissements, frissons. Pouls à 120.

21. — Rougeur érysipélateuse autour du bord interne de la plaie. Le pansement de Lister est remplacé par un pansement à l'eau-de-vie camphrée, avec badigeonnage, sur les parties érysipélateuses d'éther terébenthiné. Passage à l'isolement.

L'érysipèle se limite et disparaît au bout de quatre jours, il ne reste que quelques phlyctènes sur le sein droit.

3 *mars.* — La plaie est cicatrisée, sauf quelques bourgeons charnus vers la partie moyenne. La malade part pour le Vésinet.

Obs. CMXC. — *Squirrhe du sein gauche. Opération. Guérison.* — Lequin (Joséphine), quarante-deux ans, cuisinière, entrée le 21 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 55. Rien à noter dans les antécédents. Réglée à seize ans, toujours régulièrement. Deux grossesses; elle n'a allaité que le premier enfant. Tumeur apparue il y a un an environ. La malade en attribue l'origine à un coup sur le sein. Peu volumineuse au début, et sensible seulement au moment des règles, elle a d'abord été traitée par des badigeonnages iodés et par l'électricité; pas de résultats. L'état général est excellent.

État actuel. — La tumeur occupe le sein gauche. Située au-dessus et un peu en dehors du mamelon, elle présente une consistance assez faible : est bosselée et difficile à bien délimiter. La peau, qui a l'altération de la peau d'orange, est, de plus, adhérente à la tumeur que l'on ne saurait isoler : la pression détermine des douleurs assez vives. Mamelon normal; il n'y a pas eu d'écoulement d'aucune nature par cet organe. Un ganglion axillaire induré.

29 *janvier.* — Anesthésie. Énucléation de la tumeur. Sutures. Drainage. Pansement phéniqué. — T. S. 38°,9. P. 100.

30. — Le premier pansement est enlevé. T. 38°,6. P. 94. La plaie est belle. T. S. 38°,8. La malade se trouve bien.

31. — T. 38°. On enlève tous les points de suture. Bandelettes de tarlatane fixées à l'aide de collodion. — T. S. 39°. P. 120. Sueurs, grand mal de tête, quelques frissons.

1er *février.* — T. 38°,7. P. 110. Le malaise continue; langue blanche. Trois verres d'eau de Sedlitz. — T. s. 39°. La malade a rejeté son purgatif. Frissons. Sueurs.

2. — T. 38°,8. P. 115. Même état inquiétant. Nous explorons attentivement la plaie, ce qui nous permet de découvrir un abcès circonscrit situé dans le voisinage. Nous écartons les lèvres au niveau de cet abcès; petit drain. Lavages antiseptiques. — Le soir, détente complète. La température et le pouls sont normaux. La malade se trouve aussi bien que possible.

3. — Même état. La plaie sera pansée tous les jours. La réunion ne s'effectue que lentement : est complète à la fin de février. Il n'existe plus de traces du ganglion.

Obs. CMXCI.— *Carcinome kystique du sein droit. Envahissement des ganglions axillaires. Ablation de la tumeur et des ganglions malades. Guérison.* — Tuffay (Delphine), soixante-quinze ans, sans profession, entre le 20 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Père mort d'un cancer du pylore à quarante-cinq ans, mère morte d'un cancer de l'utérus à soixante-douze ans. Bonne santé. Il y a deux ans elle remarqua au-dessus du mamelon droit une tumeur dure, solide, indolente, qui s'est développée d'abord lentement et progressivement,

mais qui depuis six mois évolue avec rapidité et donne lieu à des dou: leurs lancinantes.

État actuel. — Le sein droit est déformé par une tumeur du volume d'une grenade et occupant toute la moitié supérieure de la glande. Cette tumeur est acuminée et recouverte par une peau lisse, unie, tendue, prête à se rompre, tellement amincie qu'elle paraît réduite à la couche épidermique dans la portion culminante. Les capillaires sont dilatés et forment des réseaux de nouvelle formation très apparente. La coloration des téguments varie d'une teinte bleuâtre à une coloration rouge-vineux. Le mamelon est effacé, rétracté. Au toucher la peau fait corps avec le sommet de la tumeur, à la base de celle-ci, elle prend, lorsqu'on la plisse, l'aspect caractéristique de la peau d'orange. La consistance n'est pas homogène, la masse morbide se compose d'un kyste volumineux, superficiel, très distendu, rénitent et d'une portion solide, de consistance squirrheuse, qui se confond avec la glande mammaire et envoie des prolongements dans toute son épaisseur. La tumeur a conservé sa mobilité à la surface du grand pectoral. Dans l'aisselle, ganglion induré et hypertrophié du volume d'une grosse noix. Douleurs continues lancinantes exagérées par la pression. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général encore satisfaisant.

9 *décembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous enlevons la tumeur et la mamelle. Le kyste se vide pendant l'opération et donne issue à environ un litre de liquide fortement coloré par le sang. Nous prolongeons l'incision jusque dans l'aisselle et nous enlevons un ganglion du volume d'une noix et plusieurs autres très petits. Gros tube à drainage, suture. Vingt pinces hémostatiques ont été appliquées pendant l'opération. Trois seulement sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Pansement à l'eau oxygénée et compression ouatée.

A la coupe. — La tumeur se compose d'une grande loge kystique dont les parois présentent des bourgeonnements comparables à ceux de l'épithélioma et d'une portion solide moins volumineuse offrant les caractères du squirrhe. — Le ganglion présente à la coupe l'aspect de l'encéphaloïde.

Pas d'accidents consécutifs. On enlève les fils le sixième jour. Réunion par première intention. Bandelettes collodionnées.

A la fin de décembre, la guérison paraît assurée.

Obs. CMXCII. — *Cancer encéphaloïde du sein droit. Ablation. Guérison.* — Cordorant, cinquante-deux ans, lingère, entre le 19 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 46. Sa mère et sa grand-mère ont succombé à un cancer du sein. Réglée à quinze ans, toujours régulièrement; n'est plus réglée depuis cinq ans. La ménopause a été assez pénible. Deux enfants, une fausse couche, pas d'allaitement. La tumeur

qu'elle porte au sein a commencé à se développer il y a un an environ, se manifestant d'abord par des élancements fort douloureux. Très petite à ce moment, elle a progressivement augmenté.

État actuel. — Douloureuse par intervalles (sensation de picotements) elle s'accompagne d'irradiations pénibles dans le bras droit. Le sein gauche est lui-même très sensible, et cependant il n'offre pas les moindres traces d'une affection quelconque. La tumeur, du volume d'une petite pomme, est adhérente à la peau, qui présente à son niveau l'aspect de la peau d'orange. Elle occupe la face externe du sein et se trouve un peu en dehors du mamelon et sur la même ligne. Il n'y a pas eu d'écoulement pathologique par le mamelon, qui ne présente aucune rétraction. Pas de ganglions dans l'aisselle. État général aussi satisfaisant que possible.

22 *janvier.* — Anesthésie. La tumeur est enlevée avec toute la glande dont elle a envahi la plus grande partie de la face externe. Drainage. Sutures métalliques. Pansement phéniqué. — T. S. 38°. P. 100. La malade va bien.

23. — T. M. 38°,1. P. 98. S. 38°,2. P. 104. Pansement.

24. — T. M. 38°,2. P. 80. S. 38°,8. P. 102. État saburral léger.

25. — Les points de suture sont enlevés. La plaie est très belle, à peine existe-t-il un peu de suppuration. T. 38°,3. P. 96. — Le soir à la suite d'une visite qui l'a vivement impressionnée, T. 39. P. 115. — Deux verres d'eau de Sedlitz pour le lendemain.

26. — T. 38°,5. — Le soir grande détente, la température est tombée à 37°,8. P. 84.

27, 28 et 29. — Rien de nouveau ; tout mouvement de fièvre a disparu. La plaie rend toujours un peu de pus.

30. — T. 38°. P. 100. Tuméfaction légère au-dessus de la ligne de réunion. Le tube à drainage poussé dans cette direction avec une certaine force arrive dans un foyer. On constate un petit écoulement de sérosité purulente.

31. — Température normale ; tuméfaction disparue.

25 *février.* — Guérison. — Va au Vésinet le 4 mars.

Obs. CMXCIII. — *Encéphaloïde du sein droit. Ablation. Guérison.* — Guillemin, quarante-cinq ans, mécanicienne, entrée le 25 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 42. Rien dans les antécédents ; a eu deux enfants, qu'elle a allaités. Deux abcès du sein gauche se sont développés à ce moment, il y a cinq ans. Il y a deux ans et demi, elle reçut un violent coup de poing qui détermina l'apparition d'une tuméfaction dont elle ne guérit jamais complètement. Deux ans après le coup, la tumeur commença à évoluer ; indolente, sans écoulement par le mamelon pendant les trois premiers mois, elle fut alors traitée par des pommades qui déterminèrent une éruption eczémateuse, puis la tumeur s'ulcéra.

État actuel. — La moitié inférieure du sein est le siège d'une tuméfaction considérable. La tumeur occupe les lobes inférieurs; elle est volumineuse et plus grosse que le poing, ulcérée, exhale une odeur infecte. Dans l'aisselle sont deux ganglions dégénérés.

5 *février.* — La malade est très affaiblie, et ce n'est que sur ses instances que l'on se décide à une intervention. La tumeur et les ganglions sont enlevés. Drainage. Suture. Pansement phéniqué.

10. — L'affaiblissement est considérable. La malade refuse de manger. Passage à l'isolement.

20. — Il y a déjà une amélioration très sensible. Mais la réunion s'est mal effectuée et la plaie suppure.

20 *mars.* — Cicatrisation, et le 2 avril, exeat.

Obs. CMXCIV. — *Encéphaloïde du sein droit. Ablation. Mort. Autopsie. Cancer latent du poumon avec quelques noyaux de pneumonie.* — Bréhier, quarante-cinq ans, entre le 17 janvier 1881, salle Sainte-Marthe, n° 47. Pas d'hérédité. Réglée à quinze ans et toujours régulièrement. A eu quatre enfants et fait une fausse couche. Elle a allaité sept enfants dans le courant de sa vie. Il y a cinq ans et demi, seulement qu'elle n'est plus nourrice. Il y a cinq ans à la suite d'une contusion du sein, elle aurait vu apparaître, à l'endroit même où se trouve actuellement sa tumeur, une petite grosseur du volume d'une noisette qui n'aurait jamais complètement disparu. Il y a six mois, à la suite d'une angine phlegmoneuse, la tumeur, qui avait le volume d'une noix, prit tout à coup un développement plus considérable et devint douloureuse.

Etat actuel. — Tumeur du volume d'une petite orange; sans être adhérente, la peau est certainement moins libre à son niveau que dans les parties voisines. De plus elle présente une vascularisation anormale. La tumeur semble libre au milieu des parties voisines. Le mamelon n'est pas rentré. Jamais on n'a observé d'écoulement de sang. Enfin la malade a, dit-elle, plutôt engraissé que maigri. Un ganglion engorgé dans l'aisselle. Élancements douloureux qui apparaissent par instants avec irradiation dans le bras droit et dans le dos; points douloureux sur l'autre rein qui est même sensible à la pression; cependant l'observation la plus attentive ne permet d'y découvrir aucune trace de tumeur.

29 *janvier.* — Anesthésie. La tumeur est circonscrite entre deux incisions elliptiques qui partent supérieurement du ganglion malade et s'étendent en bas et en dedans assez loin pour bien embrasser tout le néoplasme. Celui-ci, facilement isolé, est retiré en entier et avec beaucoup de soin. Le ganglion est facilement envahi. Contre-ouverture en bas. Suture métallique. Drainage. Pansement phéniqué. Le soir la malade va bien. T. 38°. — Potion opiacée.

30. — La malade va bien, la plaie est très belle, écoulement peu considérable. T. 38°,2.

31. — La plaie est belle; légère dyspnée. L'auscultation permet d'entendre de gros râles de bronchite.

1er *février*. — La dyspnée s'accentue. La fièvre a augmenté. T. 39°. Mêmes râles et du souffle assez irrégulièrement distribué, mais surtout à droite et au sommet. — Quinze ventouses sèches. Potion de Todd, kermétisée.

2. —Premiers signes d'épanchement dans la cavité pleurale droite : souffle au sommet. La plaie est belle. T. 39°.

3. — Mêmes signes. Ventouses. Potion de Todd. T. 38°,9.

4. —La dyspnée est épouvantable. Mort à une heure.

Autopsie. — La plaie ne présente rien à signaler. Les tissus sont déjà réunis sur la plus grande partie de leur étendue. — Dans la *plèvre* droite, épanchement hématique peu considérable. Rien dans la plèvre gauche. — Le *poumon droit* est incisé. Noyaux d'encéphaloïde nombreux, surtout dans le lobe supérieur. Autour de chaque noyau, zone inflammatoire plus ou moins étendue. Le lobe inférieur est presque complètement envahi par des foyers circonscrits de pneumonie. Le *poumon gauche* contient aussi quelques noyaux cancéreux, mais moins volumineux que ceux du poumon droit, ils présentent à peine les dimensions d'une petite noisette.—Le foie, la rate, les reins et le cerveau sont sains.

Obs. CMXCV. — *Cancer encéphaloïde ulcéré du sein droit. Envahissement des ganglions axillaires. Opération. Guérison.* — Suberville (Justine), cinquante-six ans, domestique, entre le 26 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 47. Bonne santé habituelle. En février 1880, la malade s'est aperçue qu'elle portait une petite tumeur du volume d'une noix dans le sein droit, au côté externe de la glande. Cette tumeur a grossi progressivement et s'est ulcérée il y a trois ou quatre mois : à cette époque, petite hémorrhagie et depuis, il y a quotidiennement un léger suintement sanguin. A aucun moment la malade n'a éprouvé de douleurs; elle n'a pas maigri notablement.

Etat actuel. — Tumeur développée surtout au côté supérieur et externe de la mamelle, mesurant 12 centimètres dans le sens transversal, sur 10 dans le sens vertical. Au-dessus et en dehors du mamelon existe une masse saillante sur la tumeur principale et présentant à sa surface une ulcération saignante de l'étendue d'une pièce de 1 franc, autour de laquelle la peau est adhérente, violacée et prête à s'ulcérer. Ganglions volumineux dans l'aisselle.

31 *mai.* — Anesthésie. Ablation large. Trois ganglions du volume de petites noisettes sont retirés du creux axillaire. La tumeur était très vasculaire et il a été nécessaire de placer vingt pinces hémostatiques. Pas de ligatures. Deux drains. Suture. Pansement phéniqué.

Les fils d'argent sont enlevés le septième jour. La réunion de la peau par première intention est complète. Le bras droit présente un œdème notable. — Cet œdème persista environ huit jours. Les jours qui suivirent l'ablation des fils à suture, désunion de 1 centimètre de diamètre environ. L'état général de la malade a toujours été excellent, quoique l'appétit ait presque complètement manqué dans les douze jours qui ont suivi l'opération.

1er *juillet.* — La malade part pour le Vésinet complètement cicatrisée.

5 *août.* — On revoit la malade qui se trouve en parfait état général, mais l'abduction complète du bras est encore impossible, et les mouvements des doigts présentent quelque raideur.

Obs. CMXCVI. — *Encéphaloïde du sein gauche. Opération. Guérison.* — Ozenne (Julie), trente-neuf ans, blanchisseuse, entre en avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 53. Pas d'hérédité. N'a jamais eu de maladie. Toujours bien réglée ; grossesse normale à trente-deux ans. Il y a cinq semaines, la malade a fait une fausse couche de deux mois. Il y a dix mois, sans causes connues, apparut un petit bouton à 8 centimètres en dehors du mamelon. Développement lent de la tumeur qui en six mois avait à peine atteint le volume d'une petite mandarine. Ulcération de la tumeur depuis six semaines. Pas d'hémorrhagies : écoulement de pus peu abondant.

Actuellement. — La tumeur ulcérée offre une forme elliptique, oblique en bas et en dehors, d'une circonférence de 15 centimètres environ. La surface est saignante, avec des bourgeons saillants par places : induration périphérique notable. Un petit ganglion dans l'aisselle à peine appréciable. Bon état général, pas de fièvre.

5 *mai.* — Chloroformisation. Ablation large. — Sutures. Drainage. Pansement Lister. Compression. — Le soir, T. 39° 5.

7. — T. 36°. La malade se trouve aussi bien que possible. — Lavages. Pansement phéniqué.

13. — Ablation des sutures ; il n'y a réunion immédiate que sur une étendue de 10 centimètres environ. — Bandelettes collodionnées.

15. — Pas de fièvre : état général satisfaisant.

20. — Nous retirons le drain ; et le 30, cicatrisation. Exeat.

CHAPITRE XII

MALADIES DES RÉGIONS

§ I

Tête.

A. — Cuir chevelu.

Obs. CMXCVII. — *Epithélioma récidivé du cuir chevelu. Ablation au thermo-cautère. Cautérisation des os. Guérison.* — Degarne, cinquante-deux ans, blanchisseuse, entre le 29 juin 1881, salle Sainte-Marthe, nº 43. A l'âge de onze ans, cette malade a reçu un coup sur le sommet de la tête. Peu à peu et sans qu'elle puisse en préciser le début, il s'est formé une tumeur qui a atteint le volume d'une noix. Il y a deux ans, la tumeur s'est ulcérée. — Pansements et onguents.

4 janvier 1880. — Ablation par la ligature élastique. La plaie qui résulta de cette ablation ne se cicatrisa jamais, il y eut récidive dans la plaie et la malade éprouva de vives douleurs névralgiformes.

Etat actuel. — Sur le sommet de la tête est un épithélioma ulcéré occupant la surface d'une pièce de 5 francs.

2 *juillet.* — La tête étant rasée, l'ablation de la tumeur est faite au thermo-cautère. Toute la surface osseuse correspondante à la tumeur est brûlée au thermo-cautère de façon à être nécrosée dans ses couches superficielles. — On panse à plat.

La malade ne cessa pas d'aller bien jusqu'à la fin du mois, les bords de la plaie bourgeonnaient, mais la surface osseuse centrale restait noire, nécrosée. Un érysipèle bénin apparut, et lorsqu'il fut passé, la plaie reprit un très bel aspect.

23 *septembre.* — Une rondelle osseuse grande comme une pièce de 5 francs, constituée par la table externe des os du crâne, se décolle, et est enlevée. Au-dessous, surface bourgeonnante.

En décembre la cicatrisation est complète.

Obs. CMXCVIII. — *Épithélioma du cuir chevelu de la région mastoïdienne gauche. Ablation au thermo-cautère. Guérison.* — Kesler (Margue-

rite), cinquante-huit ans, entre le 4 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55. Il y a quinze ans, la malade aurait été opérée d'une tumeur, du volume du poing, siégeant dans la même région.

Son affection actuelle a débuté il y a un an par une petite tumeur, qui s'est bientôt ulcérée. Peu à peu la tumeur s'accrut et forma une masse du volume de la moitié du poing, arrondie, ulcérée, à bords bourgeonnants, reposant sur un pédicule très large et ayant la forme d'un champignon. Peu de douleurs, quelques picotements et chatouillements. Pas d'antécédents précis.

9 *juillet*. — On enlève la tumeur au thermo-cautère : la surface osseuse est cautérisée. La plaie ainsi faite mesure 7 centimètres transversalement sur 9 dans le sens vertical. — Pansement à plat.

25 *août*. — La surface osseuse est entièrement recouverte de bourgeons charnus et la plaie réduite à 3 centimètres de diamètre. Exeat.

23 *septembre*. — La plaie est entièrement cicatrisée.

B. — Face.

L'observation MXVIII est intéressante en ce qu'elle montre que certains nævi pigmentaires peuvent pendant des années conserver une apparence de bénignité et devenir le point de départ de tumeurs malignes en leur imprimant un cachet mélanique. Nous avons vu plusieurs tumeurs semblables se former dans cette région et se propager par les lymphatiques aux ganglions parotidiens. Dans un cas que nous avons fait figurer dans la deuxième édition de Nélaton et dont l'observation a été publiée par Lancereaux dans son *Traité d'anatomie pathologique*, les lymphatiques partant de la région malaire étaient tellement remplis de mélanose qu'on reconnaissait aisément leur trajet jusqu'aux ganglions parotidiens, qui étaient reconnaissables à travers la peau, à leur teinte noirâtre. En dégénérant ces nævi prennent tantôt la forme épithéliale, tantôt la forme embryoplastique. Il en fut de même d'un certain nombre de molluscums que nous avons observés dans d'autres régions, au dos par exemple.

Nous avons enlevé un assez grand nombre de tumeurs de la région parotidienne (obs. de MXXI à MXXXV inclusivement). Chez toutes nous avons employé la *méthode du morcellement*, après mise à nu de la tumeur par une incision verticale.

Dans l'observation MXXXV, nous observons un fait assez rare, la coexistence de deux tumeurs de nature différente dans des régions voisines. Il portait en effet dans la région sous-maxillaire un lipome diffus dont le début remontait à vingt ans, et dans la région auriculo-parotidienne, du même côté, un sarcome qui s'était développé seulement depuis trois mois. Cette seconde production, par sa marche rapide et par la douleur qu'elle provoquait, éveilla les craintes du malade et l'amena à l'hôpital. Ces caractères évidemment malins nous conduisirent à en pratiquer l'ablation, et nous reconnûmes au cours de l'opération que le mal s'étendait du côté du pavillon de l'oreille et du conduit auditif, dans l'épaisseur de la parotide et jusqu'aux parois latérales du pharynx. Nous dûmes sacrifier la plus grande portion du conduit auditif qui, suivant toute probabilité, avait été le point de départ de la tumeur. La tumeur n'avait en effet fait saillie à l'extérieur que depuis trois mois, mais le malade éprouvait des douleurs sourdes dans l'oreille depuis deux ans. Cette opération nous força à sectionner les branches du facial et des branches artérielles d'un certain volume. Nous le fîmes assez largement pour nous mettre à l'abri d'une récidive. Quant au lipôme sous-maxillaire il fut enlevé accessoirement.

Obs. CMXCIX. — *Kyste fœtal du cuir chevelu. Ablation.* — Gatebois (Julie), trois mois, est présentée à notre clinique du 29 juillet 1882. Enfant bien conformée. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. A la naissance elle portait au sommet de la région occipitale une tumeur superficielle du volume d'un pois, dure, indolente, mobile avec la peau ; progrès rapides.

État actuel. — La région occipitale, dans le point qui répond à la suture lambdoïde, est déformée par une tumeur du volume d'une noix, ovoïde, à grand axe antéro-postérieur, bien limitée, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau ne présente ni changement de coloration, ni œdème, ni vascularisation anormale ; elle est intimement unie à la tumeur qui paraît développée à ses dépens et est mobile avec elle à la surface de l'épicrâne.

Au toucher les limites sont faciles à déterminer comme dans les tumeurs enkystées ; la production morbide offre la consistance ferme, rénitente des kystes modérément distendus, elle est irréductible sans

mouvements d'expansion ni battements. Elle n'offre aucun prolongement intra-crânien. Indolence, pas de troubles fonctionnels.

29 *juillet*. — Chloroforme. Incision cruciale à la surface de la tumeur à l'aide du bistouri, dissection des petits lambeaux, énucléation facile. Suture à l'aide de huit fils métalliques. Pansement à l'eau oxygénée.

A la coupe. — Il s'agit d'un kyste fœtal dont les parois épaisses, fibreuses, sont enduites d'une épaisse couche de graisse blanchâtre, et qui contient environ 30 grammes d'un liquide semi-transparent, incolore. Il n'existe pas de poils, ni de dents.

L'enfant est reportée chez elle, où elle sera traitée par son médecin.

Obs. M. — *Papillomes généralisés de la peau. Dégénérescence épithéliomateuse de l'une de ces productions occupant le cuir chevelu. Ablation des tumeurs de la tête par le grattage*. — Almire (Henry), trente-six ans, clerc d'huissier, entre le 7 juillet 1882, n° 1, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Alcoolique. Depuis cinq ans sa constitution s'est altérée. Douleurs thoraciques, toux fréquente, amaigrissement, perte des forces. Tuberculose pulmonaire au début.

En janvier 1882 il vit se développer sur différents points du cuir chevelu des productions isolées, du volume d'un grain de chènevis, qui évoluèrent assez rapidement. L'une d'elles, plus volumineuse, fut attaquée par les caustiques, mais au lieu de disparaître elle s'accrut plus rapidement que les autres; en même temps des productions analogues apparurent sur le tronc, les organes génitaux externes et les membres inférieurs.

État actuel. — Le cuir chevelu est hérissé de tumeurs dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule, disséminées sans ordre et séparées par des intervalles de peau saine de 3 à 4 centimètres d'étendue. Ces productions offrent l'aspect de végétations pédiculées, renflées à leur extrémité libre ou étalées en forme de champignons. Les surfaces sont bourgeonnantes, framboisées, composées de saillies papilliformes hypertrophiées, les unes dénudées, les autres recouvertes d'épithélium et séparées par des sillons assez réguliers. La coloration est en général rosée. Au sommet de la région occipitale existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant la même structure que les autres productions, mais arrivée à un degré de développement plus avancé. La surface est ulcérée, anfractueuse et laisse continuellement écouler un ichor fétide. Ces diverses tumeurs sont mobiles avec la peau à la surface des os du crâne. On retrouve des productions analogues sur la face, sur la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, notamment au creux épigastrique, où l'une d'elles a atteint le volume d'une châtaigne et est entourée d'un groupe de quinze à vingt végétations papillaires moins avancées. Le pubis, la verge, le scrotum, en sont littéralement farcis.

Les cuisses, les jambes et les pieds présentent de même quelques productions isolées, avec ce caractère particulier qu'elles sont ombiliquées comme des pustules varioliques, et offrent au centre un point noirâtre. Sur la face dorsale du tronc et sur les fesses elles sont très disséminées. Cette singulière affection paraît porter sur les éléments sébacés de la peau et ne semble pas dépasser l'épaisseur de l'enveloppe tégumentaire.

29 *juillet.* — Chloroforme. Les productions du cuir chevelu étant les plus gênantes et les plus apparentes, l'une d'elles surtout offrant les caractères d'un épithélioma, nous n'hésitons pas à les enlever par le grattage. Cette opération donne lieu à un écoulement sanguin en nappe facilement arrêté par la compression. — Pansement avec l'eau oxygénée.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. Au bout de huit jours la cicatrisation est assez avancée pour que le malade demande à quitter l'hôpital.

Obs. MI. — *Petit fibrome de la région frontale. Extirpation. Guérison.* — Oz. (Jeanne), vingt ans, domestique, entre en juin 1881. Cette malade a remarqué, il y a huit mois, sur le milieu de son front une tumeur du volume d'un petit pois, qui s'est accrue peu à peu.

État actuel. — Tumeur médiane, à égale distance du cuir chevelu et de la racine du nez ; du volume d'une très petite noisette de forme irrégulière, adhérente à la peau. De la masse principale part un prolongement qui se dirige en bas et à gauche. Si on cherche les connexions profondes de la tumeur, on voit qu'elle est immobile et adhérente au périoste et à l'os.

12 *juin.* — Incision oblique de 3 centimètres. Ablation large. La tumeur était adhérente au périoste, qui fut enlevé dans toute l'étendue nécessaire, c'est-à-dire environ un peu plus d'un centimètre carré. On voit que l'os frontal est ramolli et comme fongueux à sa surface dans l'étendue d'un petit cercle de 3 à 4 millimètres de diamètre. Cette partie est enlevée d'un coup de rugine. Sutures au fil d'argent. Pansement Lister.

14. — La cavité traumatique est distendue par des liquides et commence à suppurer. On enlève les sutures.

Les jours suivants il se fit un décollement des couches sous-cutanées jusque vers la racine du nez. Grâce à une compression méthodiquement exercée, le décollement ne s'étendit pas, mais la cicatrisation fut assez longue à obtenir. Elle ne fut complète que le 5 juillet. Il resta une cicatrice enfoncée adhérente à l'os, mais peu étendue et non disgracieuse.

Obs. MII. — *Kyste sébacé de la région temporo-maxillaire. Ablation.* — Boucher (Charles), quarante ans, menuisier en cadres, entre le 9 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 25 *bis*. Il y a onze ans il est venu

au niveau du condyle de la mâchoire du côté droit une petite grosseur qui s'est accrue peu à peu depuis un an; indolente du reste. Quatre jours avant son entrée, le malade s'est brûlé la peau qui recouvre la tumeur, dans l'espoir de la faire partir, aussi est-elle enflammée, mais avant elle était saine. La tumeur adhère à la peau, elle a le volume d'une demi-noix.

13 *février*. — Ablation. Sutures. Drain. — Le kyste, ouvert, contient de la matière sébacée.

L'inflammation de la peau a empêché la réunion par première intention : les sutures ont été enlevées le troisième jour.

27. — Plaie presque complètement cicatrisée. — Sortie.

Obs. MIII. — *Kyste sébacé de la région malaire. Ablation. Guérison.* — Adam (Charles), trente-neuf ans, bijoutier, entre le 3 octobre 1882, au n° 20 de la salle Sainte-Marthe. Depuis plus d'un an, il a remarqué une tumeur qui se développait au niveau de l'os de la pommette. Au début elle avait le volume d'un petit pois, roulait sous la peau et la surface osseuse et ne le gênait aucunement. Pendant sept mois, elle est restée stationnaire; mais à partir de cette époque son évolution a été relativement rapide. Aujourd'hui elle a le volume d'une noix, est le siège d'élancements et repousse par son volume l'angle externe de la paupière inférieure au point de rétrécir l'œil.

État actuel. — Tumeur du volume d'une noix, à peu près ronde et dont la peau, à la surface, a pris une teinte rouge; molle, pâteuse, à son centre, d'une certaine dureté à son pourtour : la peau est mobile à la surface. Légère douleur à la pression.

Avec l'éther pulvérisé, anesthésie de la région malaire ; incision ; le contenu vidé, nous détachons la paroi du kyste. Suture métal lique. — Cicatrisation rapide, et, le 21 octobre, sortie.

Obs. MIV. — *Kyste sébacé de la région jugale droite. Ablation. Guérison.* — Forcinale (Ernest), vingt-neuf ans, 26 mai 1881 (externe). Porte une tumeur, depuis quatre ans, à la joue droite au niveau du bord inférieur de l'os malaire, à 4 centimètres en avant du bord postérieur du maxillaire. Du volume d'un œuf de pigeon, elle détermine une saillie considérable dans la région. — Extirpation de la tumeur, qui est un kyste sébacé. Suture. Pansement compressif.

27 *mai*. — Les fils sont retirés; réunion par première intention.

Obs. MV. — *Loupe de la région jugale gauche. Ablation. Guérison.* — Brouchеté (Louis), vingt-quatre ans, 6 juin 1881 (externe). Le début de sa loupe remonte à onze ans; mais elle a, dit-il, tout particulièrement grossi depuis huit mois.

Actuellement. — Elle a le volume d'un petit œuf de poule : située à la partie inférieure de la joue gauche, en dehors de l'artère faciale et dans le voisinage des insertions inférieures du masséter elle est constituée par une tumeur ovale, roulant sous la peau, bien libre de toute

adhérence. — Ablation par énucléation. Six points de suture. Petit drain. Pansement simple.

10 *juin.* — Réunion. Pansement compressif.

Obs. MVI. — *Kyste sébacé du sillon naso-jugal gauche. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Toulmet (Jules), trente-huit ans, 26 mai (externe). Kyste sébacé remontant à dix-huit mois. Il occupe la partie moyenne du sillon naso-jugal gauche, présente le volume d'un petit œuf de pigeon et a été traité il y a six mois par des applications d'acide chlorhydrique. Celles-ci, très douloureuses, dit le malade, et à cause de cela probablement mal appliquées, ont simplement déterminé l'induration des parois du kyste et leur adhérence à son contenu. Ablation au bistouri. Une certaine partie de la peau, celle qui a été tranformée par le contact de l'acide, est enlevée en même temps que le contenu de la tumeur. — Deux points de suture. Pansement simple.

28 *mai.* — La suture est enlevée. La réunion est parfaite.

Obs. MVII. — *Epithélioma des régions temporale, zygomatique et porotidienne droites. Ablation large à l'aide du thermo-cautère.* — Métaut (Jean-Louis), soizante-seize ans, entre le 14 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle jusque il y a dix mois. A cette époque il remarqua dans la région temporale droite une sorte de bouton aplati, du volume d'une lentille, constitué par des lamelles épidermiques sèches, jaunâtres, qui tombaient et se repoduisaient. Le malade les enleva lui-même à plusieurs reprises et provoqua de petites hémorrhagies. La plaque épithéliale finit par s'éroder et devint le point de départ d'une ulcération qui s'étendit rapidement en surface. L'usage des pommades et des caustiques n'a fait qu'accélérer les progrès du mal.

État actuel. — Les régions temporale, zygomatique et parotidienne droites sont déformées par une ulcération irrégulièrement circulaire, étendue verticalement de la naissance des cheveux de la tempe à la partie moyenne de la joue et transversalement du tragus à l'apophyse orbitaire externe. Son diamètre vertical est de 10 centimètres, le transversal est de 7 centimètres. La surface de l'ulcération fait, au-dessus des parties saines, un relief de un demi à 1 centimètre ; elle est hérissée de saillies papilliformes, rouges, dénudées, et déformées ; les unes sont renflées en massue, les autres coniques, d'autres cylindriques ; leur volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois. La plupart sont à demi rongées par le travail ulcératif, quelques-unes sont encore coiffées de gaines épithéliales ramollies et jaunâtres. Les sillons qui séparent ces végétations sont sinueux, irréguliers, remplis de pus et de débris épithéliaux, mais peu profonds, sinon au centre de l'ulcération, où le

processus est plus avancé et où il existe de véritables anfractuosités, taillées à pic, de 1 centimètre de profondeur. Les bords situés au même niveau que le fond et disposés en forme de bourrelets sont recouverts de lames épithéliales blanchâtres qui leur donnent un aspect cicatriciel. En certains points ils offrent une teinte livide plus foncée que celle de l'ulcération. Dans l'étendue d'un demi-centimètre, au pourtour, la peau est atteinte de desquammation épithéliale sèche ; les orifices des glandes sébacées sont légèrement dilatés et accusés par un pointillé noirâtre. Au toucher la tumeur est dure, solide, de consistance lardacée; elle est mobile à la surface du muscle temporal et des os. Rien dans les ganglions auriculaires et parotidiens. Dans la région temporale du côté opposé existe une zone eczémateuse de 2 centimètres de diamètre, recouverte de squames épaisses, jaunâtres, ramollies, fendillées, dans l'intervalle desquelles suinte un liquide séreux. Sur la joue gauche (côté sain) on trouve plusieurs plaques, sèches, ternes, grisâtres, formées par des épaississements de l'épithélium sans tendance à l'ulcération. Rien dans les autres régions; viscères thoraciques et abdominaux sains. État général peu satisfaisant, débilité sénile.

15 *avril.* — Chloroforme. — A l'aide du thermo-cautère ablation large; nous sommes obligé d'enlever l'aponévrose temporale de sorte que le muscle apparaît au fond de la plaie comme disséqué; nous dénudons le rebord externe de l'orbite, la face externe de l'apophyse zygomatique dans toute son étendue et le tiers externe de l'os malaire, en détruisant le périoste de toutes ces régions. Une partie de l'aponévrose massétérine et des fibres d'insertion du masséter sont de même sacrifiées.

Une coupe de la tumeur nous montre que partout nous avons largement dépassé les limites du mal.

Pansement à plat, phéniqué et ouaté compressif; douze pinces sont laissées à demeure pendant vingt-quatre heures.

Pas de réaction fébrile, pas d'accidents consécutifs.

23. — Guérison en bonne voie. Le malade demande à sortir.

Obs. MVIII. — *Large épithélioma des régions orbitaire, temporale et malaire. Ablation.* — Simon (Claude-Charles), soizante-seize ans, entre le 15 février 1882, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Depuis longtemps il portait dans la région malaire gauche un bouton verruqueux. Il y a trois ans cette production devint le siège d'un prurit qui porta le malade à se gratter. Il y a un an, augmentation de volume. En septembre 1881, ulcération. A partir de ce moment le mal s'étendit de tous côtés en suivant une marche rapide.

État actuel. — La moitié gauche de la face est déformée par une large tumeur ulcérée occupant les régions temporale, orbitaire et

malaire, et limitée en haut par une ligne horizontale passant par le sourcil, en bas par une seconde ligne parallèle au bord inférieur de l'apophyse zygomatique, en dedans par une ligne verticale passant par les trous sus et sous-orbitaires, en dehors par une autre ligne verticale passant à 3 centimètres en avant du pavillon de l'oreille. Les bords boursouflés, faisant au-dessus des parties saines une saillie dont le relief varie de 5 millimètres à 1 centimètre et demi, sont formés par places, par des nodosités d'aspect cicatriciel et de coloration rouge-violacé ; en d'autres points ils se continuent avec la surface de l'ulcération. Le fond de celle-ci est irrégulier, anfractueux, en partie recouvert de masses fongueuses, végétantes, constituées par de gros bourgeons charnus, rouges, mollasses, saignants, en partie déprimé, taillé à pic et laissant voir les os (surface de l'os malaire, bord externe de l'orbite) : suintement fétide. Au toucher toutes ces parties reposent sur une base indurée adhérente au squelette de la face. Douleurs vives, continues, lancinantes. La moitié gauche du visage est immobile et sans expression. Les mouvements du globe de l'œil sont très limités. Cette parésie paraît due à l'envahissement des muscles et des autres parties molles par des prolongements profonds de la tumeur. Rien dans les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général peu satisfaisant : émaciation, anémie.

18 *février* 1882. — Chloroforme. — A l'aide du thermo-cautère nous faisons à 2 centimètres au delà des bords de l'ulcération une incision qui comprend toute l'épaisseur des parties molles ; nous détachons celles-ci par leur face profonde et nous les enlevons par voie de morcellement. Nous faisons de la sorte l'ablation de la moitié supérieure des muscles élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, grand et petit zygomatiques, de la paupière inférieure et de la moitié correspondante de l'orbiculaire des paupières, de l'aponévrose temporale et d'une partie des fibres de ce muscle jusqu'à l'apophyse coronoïde. Nous enlevons de même le globe de l'œil et une portion des parties molles de l'orbite. A l'aide de la scie circulaire du polytritome nous sectionnons l'apophyse zygomatique à sa partie moyenne, l'apophyse orbitaire externe et le bord inférieur de l'orbite en dehors du trou sous-orbitaire. Ceci fait, à l'aide d'une pince et d'un davier, nous réséquons toutes les portions d'os comprises entre les limites qui étaient envahies.

L'opération terminée il reste une perte de substance étendue transversalement du sillon naso-jugal à 1 centimètre du pavillon de l'oreille et verticalement du sourcil à la partie moyenne de la joue. — Pansement phéniqué et ouaté compressif. Les pinces sont laissées vingt-quatre heures en place.

Dès le jour de l'opération le malade peut dormir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours.

20 *février*. — Un peu de douleur.

22. — Subdelirium pendant la nuit.

23. — Pansement au vin aromatique.

24. La plaie est détergée ; elle a bon aspect.

8 *mars*. — La perte de substance a considérablement diminué. — Exeat du malade sur sa demande.

16 *décembre* 1882. — Récidive dans un ganglion situé au-devant du tragus. La tumeur a le volume d'un petit œuf. La peau est envahie. La tumeur a également envahi les couches profondes.

Chloroforme. — Ablation de la tumeur au thermo-cautère ; pansement à plat. — Suite de l'opération des plus simples. Au bout de quinze jours, la cicatrisation étant très avancée, le malade quitte le service.

Obs. MIX. — *Hypertrophie de ganglions lymphatiques de la joue. Ablation.* — Roux (Anna), modiste, dix-sept ans, se présente à notre clinique le 3 juin 1882. Pas d'hérédité. Ni scrofule ni syphilis ; menace de tuberculose. Sommets douteux. Laryngite chronique. A eu ses règles il y a un an, n'a rien vu depuis. Depuis l'âge de quatre ans elle portait sur la joue gauche immédiatement en avant de la région massétérine, une tumeur indolente, du volume d'un pois, dure, solide, mobile sous la peau. Il y a un an cette production commence à augmenter de volume : progrès assez rapides.

État actuel. — La joue gauche est déformée par une tumeur siégeant au niveau du canal de Stenon, immédiatement en avant du bord antérieur du masséter ; sa forme et son volume sont ceux d'un œuf de pigeon, sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui les recouvre est légèrement tendue mais ne présente ni changement de coloration ni vascularisation anormale, ni altération de structure ; elle est mobile à la surface de la tumeur. Au toucher celle-ci offre une consistance singulière : elle paraît constituée par une portion centrale, dure, solide, rénitente, entourée d'une zone mollasse, réductible, comme angiomateuse. Lorsqu'on a exercé pendant quelques instants de la compression à sa surface, on ne sent plus que la masse dure, qui offre tous les caractères d'un ganglion lymphatique hypertrophié. Rien du côté de la muqueuse buccale ; sécrétion salivaire normale. Indolence. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. État général encore satisfaisant. — L'incision exploratrice peut seule compléter le diagnostic.

3 *juin* 1882. — Pas d'anesthésie ; à l'aide du bistouri nous faisons au-dessous et en arrière de la tumeur une incision semi-elliptique, concave en haut et en avant, comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le risorius de Santorini et quelques fibres du buccina-

teur. Nous disséquons l'espèce de lambeau ainsi circonscrit, afin de le relever et de découvrir la tumeur. Celle-ci est entourée d'un plexus artério-veineux très riche formé de vaisseaux dilatés, sur lesquels nous appliquons des pinces hémostatiques à mesure que nous les sectionnons. La tumeur est bien limitée, entourée d'une coque fibreuse propre qu'il nous est facile d'isoler des tissus voisins par voie de dissection. Exérèse. — Cinq points de suture métallique. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

La tumeur est composée de deux ganglions accolés qui présentent à la coupe les caractères de l'hypertrophie simple.

Au bout de huit jours la réunion de la plaie est presque complète. Le drain est laissé en place et les lavages sont continués. Bandelettes collodionnées qui juxtaposent les bords de la plaie. — Enfin au bout de quinze jours la guérison est complète.

Obs. MX. — *Cancroïde ulcéré de la joue. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Leveillé (Arthur), soixante-deux ans, homme de peine, entre le 27 septembre 1881, salle Saint-Augutin, n° 11. Homme robuste, mais quelque peu alcoolique. Pas d'hérédité. Depuis neuf ans, il porte sur la joue droite un petit bouton gros comme un pois, qui ne le gênait aucunement et auquel il ne faisait pas attention. L'année dernière au mois de décembre, il a commencé à être le siège d'un prurit très désagréable. Pour calmer ce prurit, le malade le frottait *vigoureusement* et finalement l'a écorché. A partir de ce moment, une ulcération s'est produite qui a grandi en surface et en profondeur. Pas de traitement. A 2 centimètres au-dessous de la partie inférieure du muscle orbiculaire des paupières, et à un demi-centimètre en dehors du muscle grand zygomatique, on aperçoit une ulcération en forme de croissant comparable à un haricot et en ayant les dimensions. Cette ulcération présente un fond grisâtre; ses bords irréguliers, comme déchiquetés, sont taillés à pic, saignants et entourés d'une auréole rosée. Pas de ganglions, peu de douleurs. Sur l'aile externe de la narine du même côté, on observe une petite tumeur assez analogue à une lentille et présentant une teinte jaune cuivrée dont le malade a constaté l'apparition il y a dix-huit mois.

1er *octobre.* — Ablation au bistouri. Pansement phéniqué.

Le cinquième jour après l'opération, teinte érysipélateuse. — Compresses d'eau de sureau. — Tout disparaît bientôt. Bandelettes agglutinatives.

21. — La guérison est presque complète : démangeaisons dans la petite tumeur de l'aile du nez. Refus d'opération.

28. — Guérison de la plaie. Exeat.

Obs. MXI. — *Epithélioma de la joue gauche. Opération.* — Ballet (Auguste), soixante-treize ans, cordonnier, entre le 8 novembre 1882,

salle Saint-Augustin, n° 81. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il portait sur la joue gauche un petit nævus congénital du volume d'une lentille, qui fut blessé, il y a trois ans, par un coup de rasoir. La petite plaie, au lieu de se cicatriser, prit le caractère d'une ulcération et celle-ci s'étendit de proche en proche. Dans les derniers temps, les ganglions sous-maxillaires se sont engorgés et la tumeur est devenue le siège de douleurs lancinantes.

État actuel. — La joue gauche est déformée par une ulcération étendue transversalement d'un point correspondant à l'orifice buccal du canal de Sténon, à 1 centimètre du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, et, verticalement, d'une ligne qui raserait l'extrémité libre du lobule de l'oreille, à 2 centimètres du bord inférieur du corps du maxillaire. Elle mesure 4 centimètres dans le sens transversal et 2 centimètres et demi dans le sens vertical. Elle est irrégulièrement ellipsoïde, ses bords sont indurés, saillants, formés de nodosités violacées recouvertes d'une même pellicule épidermique d'aspect cicatriciel. Le fond est anfractueux, excavé, présentant au centre une profondeur de 2 centimètres; il est hérissé de productions fongueuses et de saillies papilliformes déformées, les unes érodées, les autres couvertes de cônes épithéliaux; les sillons qui séparent les saillies sont remplis de pus et de débris d'épiderme. Toute la surface, d'un rouge violacé, laisse continuellement suinter un ichor fétide. L'ulcération repose sur une base indurée qui intéresse la plus grande partie de l'épaisseur des parties molles de la joue, mais ne contracte pas d'adhérences avec les os. Le canal de Sténon est libre, mais des branches inférieures du nerf facial traversent les tissus morbides et sont englobées dans son épaisseur. Les ganglions sous-maxillaires sont indurés, hypertrophiés et forment une masse du volume d'une grosse noix encore mobile sous la peau et sur les couches profondes. Rien d'appréciable du côté de la muqueuse buccale. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. Troubles digestifs anciens. Cachexie.

30 *décembre.* — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, ablation aussi large que possible : les branches inférieures du nerf facial, une partie du masséter et du buccinateur ont été enlevées : la branche montante du maxillaire inférieur a été dénudée. Énucléation des ganglions sous-maxillaires. Pansement à l'eau oxigénée. (Voy. la suite de l'obs. au tome VI.)

Obs. MXII. — *Epithélioma et papillome de la joue droite. Opération.* — Payrol (Joseph), soixante-dix ans, tailleur, entre le 9 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 76. Pas d'antécédents héréditaires. Rhumatisme à trente ans; bonne santé habituelle.

L'affection actuelle a débuté, il y a douze ans, par un petit bouton

à la joue droite que le malade égratignait de temps en temps : à ce bouton succéda une ulcération, puis une croûte : cautérisations, par un pharmacien, avec du nitrate d'argent, sans qu'aucune amélioration s'ensuivît. Depuis quinze ou vingt jours, sans cause connue, l'affection a subi une poussée rapide et a augmenté considérablement : des bourgeons, rosés, durs et une seconde élevure se sont montrés; toutes les deux ont laissé suinter à leur surface un liquide séro-purulent d'une certaine abondance. En même temps les tumeurs jusque-là indolores sont devenues le siège de douleurs lancinantes assez vives, irradiées vers la tempe. Enfin quand elle est heurtée fortuitement, la masse laisse écouler parfois du sang en petite quantité. L'état général s'est conservé bon ; teinte blanche un peu mate des téguments.

Etat à l'entrée. — Sur la joue droite, directement à 3 centimètres et demi au-dessous de l'œil, tumeur saillante composée de deux mamelons accolés dont le plus volumineux offre le volume d'une grosse aveline. Leur forme est arrondie et modifiée par leur rapprochement. Leur surface grenue, papillomateuse, est rosée, suppurante. Ils forment une saillie d'environ 1 centimètre et demi. Leur base est entourée d'un liseré rouge de 1 à 2 millimètres de largeur. Toute la tumeur semble n'adhérer qu'à la peau ; elle est mobile et ne repose pas sur une base indurée. Pas de ganglions engorgés.

13 *février.* — Sans anesthésie : la tumeur est circonscrite par trois incisions courbes, et facilement enlevée : elle ne s'accompagne d'aucune adhérence avec les tissus sous-jacents. Les lambeaux sont légèrement disséqués, puis rapprochés par des points de suture au fil de soie, de façon à reproduire un Y ou une étoile de trois branches dont le centre seul reste à découvert. Pansement phéniqué.

14. — La nuit a été bonne, pas de fièvre.

16. — On enlève les sutures, un peu d'œdème inflammatoire de la paupière inférieure; pas de fièvre. Même pansement.

25. — La cicatrice marche bien et la petite plaie bourgeonne; cessation des douleurs irradiantes. L'œdème de l'œil a disparu.

28. — La cicatrisation n'est pas complète; cependant, sur sa demande, le malade quitte l'hôpital sans aucune apparence d'ectropion.

Obs. MXIII. — *Dégénérescence épithéliomateuse d'un papillome de la face. Ablation. Guérison.* — Barth, trente-six ans, 29 janvier 1881 (externe). Nævus pigmentaire congénital, situé sur une ligne se rendant de l'angle interne de l'œil gauche à la commissure labiale correspondante, à égale distance à peu près des deux extrémités de la ligne. Augmentation assez rapide de volume, il y a dix-huit mois, et ne tarda pas à constituer une petite corne.

État actuel. — La base offre la largeur d'une pièce de cinquante

centimes ; sans induration, elle est entourée d'une zone inflammatoire de 2 centimètres et demi au moins. Sur cette base est implantée la tumeur grisâtre, fortement adhérente; indolence au toucher, mais douleurs vives spontanées. Elle a la forme d'un cône un peu incurvé en bas, d'une hauteur de 4 centimètres. — Ablation large au bistouri et sutures métalliques. Pansement phéniqué.

31 *janvier*. — Les sutures sont enlevées. Réunion par première intention.

Obs. MXIV. — *Épithélioma de la région génienne. Ablation avec le bistouri.* — Cellier (Anne), soixante ans, sans profession, entre le 24 novembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a douze ans, elle remarqua sur la joue droite, à 2 centimètres au-dessous du sillon orbito-palpébral droit, un bouton verruqueux, fendillé, du volume d'une lentille, de coloration brune, qui devint le siège d'un léger prurit et la porta à se gratter. Plusieurs fois, elle le fit saigner, mais l'écorchure se cicatrisait rapidement. Il y a huit ans, une petite ulcération apparut, s'étendit en surface et se couvrit de bourgeons charnus. Depuis elle a fait des progrès incessants, malgré l'usage de divers topiques. Dans les derniers temps des douleurs vives, lancinantes, sont survenues.

Etat actuel. — La joue gauche est le siège d'une ulcération, irrégulièrement triangulaire, à base supérieure, étendue dans le sens vertical de la paupière inférieure au niveau de la commissure labiale et dans le sens transversal de la pommette au milieu de la face latérale droite du nez. Elle recouvre le sillon orbito-palpébral, la région génienne, une partie de la région canine, le sillon naso-jugal et une partie de la face latérale droite du nez. La paupière inférieure est presque complètement détruite, le bord adhérent de l'aile du nez est rongé. La surface est hérissée de gros bourgeons charnus, mollasses et saignants. Suintement fétide. Les bords, indurés, saillants par places, déprimés et même excavés dans d'autres points, sont irrégulièrement sinueux. L'ulcération repose sur une base indurée de consistance fibroïde; mais elle glisse facilement à la surface des os. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires; anémie profonde, mais pas de cachexie.

4 *décembre*. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur les paupières, l'aile du nez et la lèvre supérieure. Ablation au bistouri de la tumeur y compris une grande partie de la paupière inférieure, de la face labiale et de l'aile du nez, en procédant par voie de morcellement. Sur trente-cinq pinces appliquées pendant l'opération, quinze sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. — Pansement phéniqué à plat; compression méthodique avec la ouate et les éponges.

Les suites de l'opération furent des plus simples; il n'y eut pas de réaction fébrile, pas d'hémorrhagies. — Au bout de trois semaines, la cicatrisation était assez avancée pour que la malade pût retourner chez elle.

Obs. MXV. — *Épithélioma de la joue, de l'œil, de la lèvre inférieure, des os sous-jacents. Pas d'opération possible.* — Fessol (Félix), soixante-cinq ans, menuisier, entre le 26 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Tempérament arthritique, rétraction congénitale des quatrième et cinquième doigts des deux mains et des deux orteils. Sa mère était atteinte, affirme-t-il, de la même affection, et l'un de ses quatre enfants présente la même difformité aux mains. Il y a six ans, l'œil droit aurait rougi, puis la vue aurait été abolie de ce côté, probablement par le fait d'une tumeur intra-oculaire, car l'énucléation de l'œil fut faite en février 1881, par le Dr Desmares. Déjà à cette époque il existait au niveau de l'angle interne de l'œil une tumeur épithéliomateuse du volume d'une noisette et qui fut laissée en place. Depuis, cette tumeur a végété vigoureusement et n'a pas tardé à envahir les parties voisines. Elle fut cautérisée à différentes reprises.

Elle forme *actuellement* un gros champignon de 10 centimètres de diamètre qui s'étend du front à la joue et de la région temporale droite à la racine du nez, dont elle dépasse la ligne médiane. Les bourgeons saignants et fongueux limitent une sorte de cratère et sont entourés d'une zone indurée. Profondément, le néoplasme adhère aux os sous-jacents (frontal et malaire), qui sont envahis. Le malade éprouve des douleurs lancinantes et des céphalées violentes; pas de symptômes encéphaliques. A la lèvre inférieure, un petit bouton s'est développé à gauche de la ligne médiane; il est induré et recouvert d'une croûte. Au niveau de la parotide, en arrière de la branche montante du maxillaire, on sent plusieurs ganglions petits et durs. — Pas d'opération possible. Exeat.

Obs. MXVI. — *Papillomes et épithélioma de la face. Ablation. Guérison.* — Duguène (Joséphine), soixante-douze ans, cultivatrice (externe). Cette malade porte sur le côté gauche de la face trois petites tumeurs d'aspect très différent. La première occupe le sillon naso-jugal; la seconde se trouve à la face antérieure et moyenne de l'os malaire; quant à la troisième, elle est en dehors et au-dessus de l'angle externe de l'œil.

Les deux premières présentent l'aspect du papillome classique; peu volumineuses, non ulcérées, sans inflammation même, elles existent depuis vingt ans.

Quant à la troisième, après avoir été de même nature pendant vingt ans, elle s'est tout à coup ulcérée, puis étendue de la façon la plus inquiétante. En deux mois, en effet, elle a atteint les dimen-

sions d'une pièce de 2 francs. Aujourd'hui elle constitue un ulcère à bords épais, blanchâtres, à fond sanieux, à sécrétion fétide.

3 *mars*. — Ablation large au bistouri. Suture aux deux extrémités. Pansement phéniqué.

10. — Ablation des points de suture; la plaie va bien.

11 *avril*. — Cicatrisation.

L'*examen histologique* de la tumeur a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

Obs. MXVII. — *Cancer mélanique de la joue gauche développé aux dépens d'une tache pigmentaire congénitale. Récidive. Seconde opération.* — Weltz (Élise), trente-deux ans, ménagère, entre le 29 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 34. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a deux ans, une tache pigmentaire congénitale du volume d'une lentille, qu'elle portait au sommet de la pommette gauche, est devenue le point de départ d'une tumeur de coloration noire, qu'un médecin enleva par les caustiques en juillet 1880. Récidive en mars 1881. Évolution rapide. En octobre, même année, la malade entre dans notre service, où elle est opérée, en notre absence, par le Dr Richelot. La tumeur était alors composée de plusieurs noyaux dont le volume variait de celui d'une noisette à celui d'une noix, échelonnées de la pommette à la région parotidienne. L'ablation fut aussi large que possible et entraîna l'hémiplégie faciale. Un mois plus tard, nouvelle récidive par un noyau siégeant sur la pommette en avant de l'extrémité interne de la cicatrice : marche rapide.

État actuel. — La joue gauche est déformée par la cicatrice de la première opération s'étendant obliquement de la pommette à l'apophyse mastoïde en passant au-dessous du lobule de l'oreille et par une tumeur occupant toute l'étendue de la région malaire. Cette production est conoïde à sommet supérieur, son volume est celui d'une mandarine; sa surface présente trois bosselures ayant chacune le volume d'une noisette, et séparées par des dépressions larges et peu profondes. Elle est lisse et unie. La peau présente, immédiatement au-dessous du sillon sous-orbitaire, une tache ellipsoïde du diamètre d'une amande, de coloration noire foncée, rappelant celle de la pigmentation de l'épiderme par le nitrate d'argent, sans relief appréciable; dans le reste de son étendue elle offre par places une teinte violacée et est très vasculaire. A 2 centimètres en dehors de la tumeur, sur la cicatrice, existe un noyau du volume d'un gros pois, offrant de même une teinte violacée. La tumeur est de consistance sarcomateuse; elle se confond avec la peau et adhère aux couches profondes. Ses limites sont vagues, diffuses, il est impossible de les préciser. Douleurs lancinantes intermittentes. Rien du côté de l'œil, des fosses nasales et de la bouche. Rien dans les

ganglions du cou. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

14 *janvier* 1882. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous faisons une incision en raquette qui circonscrit à la fois la tumeur et le noyau qui s'est développé sur la cicatrice. Dans sa partie circulaire la raquette a 5 centimètres de diamètre. Sa queue est dirigée vers la région parotidienne. La portion de tissu qu'elle enveloppe s'étend transversalement du sillon naso-jugal à 1 centimètre du tragus. Nous saisissons les tissus ainsi circonscrits avec une pince à disséquer et nous les détachons par leur face profonde. Un noyau mélanique du volume d'une fève contourne l'angle externe de l'orbite et s'étend jusque dans la région temporale. Nous l'enlevons largement. Le périoste de l'os malaire est envahi, nous le ruginons. — Nous rapprochons les bords de la plaie, dans son tiers externe, avec cinq fils métalliques. Six pinces hémostatiques sont laissées en place pendant deux heures. Pansement phéniqué.

A la coupe. — Tissu embryoplastique, criblé de noyaux mélaniques et comme truffé.

La cicatrisation marche rapidement. La malade quitte le service le 12 février; la plaie faciale est en grande partie cicatrisée, sauf au niveau de la partie dénudée, il y a un léger ectropion de la paupière inférieure.

Obs. MXVIII. — *Kyste préhyoïdien. Hygroma de la main. Incision de l'hygroma. Érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras. Mort par pyohémie. Autopsie.* — Aurélion, cinquante-deux ans, journalier, entre le 4 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 6. Cet homme, d'une excellente santé ordinaire, ne présente aucune trace de manifestation diathésique. Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis. Aujourd'hui, est amené à l'hôpital pour une tumeur du menton, dont le début remonte à deux mois.

Actuellement. — Tumeur de la dimension d'une mandarine, située exactement sous le menton et occupant presque entièrement la région sus-hyoïdienne, régulièrement arrondie, rénitente. La tumeur, adhérente à la peau, glisse sur les parties profondes et n'offre aucune communication avec le plancher de la bouche. Deux petits ganglions sont situés de chaque côté. Aucune gêne. — Ponction aspiratrice avec la seringue de Pravaz : issue de quelques gouttes d'un liquide jaunâtre, visqueux, filant, avec globules huileux et pus.

Le malade se plaint également d'une bourse séreuse enflammée qui siège au niveau de la tête du troisième métacarpien gauche, et empêche le malade de se servir de la main.

19 *mai.* — Incision de l'hygroma. Quelques jours après, des accidents sérieux d'érysipèle se déclarent. Passage à l'isolement. Les jours suivants la fièvre se maintient ; le phlegmon érysipélateux de

l'avant-bras s'étend et prend un caractère malin : le pus s'écoule mal. Dyspnée, épanchement pleurétique manifeste à gauche, frissons, fièvre.

20. — Mort au milieu d'accidents en apparence pyohémiques.

Autopsie. — Épanchement moyen de la plèvre gauche et congestion des deux poumons. Rien dans le cœur, le foie et les reins ; cependant ces derniers organes sont congestionnés et un peu augmentés de volume.

Tumeur hyoïdienne. — C'est une poche tout à fait indépendante des parties voisines et du plancher de la bouche (sorte de bourse séreuse préhyoïdienne à parois épaissies). Le contenu de la tumeur n'est autre que du pus bien jaunâtre et bien lié.

Obs. MXIX. — *Hypertrophie ganglionnaire. Extirpation. Guérison.* — 26 mai 1881. — La tumeur remonte à dix-huit mois : elle occupe la partie moyenne du bord inférieur du maxillaire inférieur (côté droit) et a le volume d'une noix. — Ablation. Deux points de suture. Ils sont enlevés le 28 *mai*. Guérison.

Obs. MXX. — *Epithélioma de la peau de l'angle de la mâchoire du côté droit. Extirpation. Guérison.* — Léger (Claude), cinquante-huit ans, cocher, entre le 7 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. Coup de rasoir au point malade, en juin 1880. La coupure n'a pas guéri. Depuis quatre mois il s'est développé une tumeur saillante.

Actuellement. — Il existe une tumeur étalée, un peu rétrécie au niveau de son insertion sur la peau et présentant ainsi une sorte de pédicule. Elle a l'étendue d'une pièce de un franc. Si on la soulève, on voit qu'elle est mobile avec la peau, mais en pinçant un peu plus profondément les tissus à la base de la tumeur, on voit qu'il y a au-dessous d'elle une masse dure, mobile aussi, de même étendue et qui paraît ganglionnaire.

28 *novembre.* — Extirpation de la tumeur et du ganglion sous-jacent. Drain. Suture. Pansement Lister.

29. — Ecchymose qui, partie de la plaie, atteint la fosse sus-épineuse en arrière et le mamelon en avant. Il y a un énorme gonflement du cou. De plus la plaie a donné un suintement sanguinolent très abondant.

30. — Le gonflement du cou a plutôt augmenté : le malade est gêné pour respirer. Le suintement sanguinolent continue. On enlève les sutures pour panser à plat.

4 *décembre.* — Le cou du malade est dégonflé, la respiration a cessé d'être gênée. L'ecchymose persiste encore. La plaie bourgeonne.

15. — La plaie, considérablement rétrécie, sera bientôt cicatrisée. Exeat.

Obs. MXXI. — *Adénite parotidienne. Iodure de potassium. Amé-*

lioration. — Leclerc (Emile), vingt ans, bijoutier, entre le 11 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 3 *bis*. Jeune homme pâle, peu vigoureux, quoique n'ayant jamais eu de maladies graves. Sa mère est morte jeune, il ne sait de quelle maladie. Pas de frère ni de sœur. Au mois de mars dernier, il a éprouvé quelques douleurs d'oreilles. Il y a un mois, sans cause connue, dans la région parotidienne droite, douleur très aiguë, puis dès le lendemain gonflement de cette région. Pendant huit jours, il a continué son travail, mais les souffrances se sont accrues; il a commencé à avoir de la fièvre le soir, de l'insomnie, de la perte d'appétit. En même temps les mouvements de rotation de la tête sont devenus très pénibles et le gonflement a augmenté. Cataplasmes. Nul résultat.

Actuellement. — La tuméfaction s'étend du bord antérieur du maxillaire inférieure jusqu'à l'apophyse mastoïde en arrière. En haut, elle déborde l'apophyse zygomatique et tout le côté droit du cou. Le lobule de l'oreille est soulevé et porté en haut. Pas de changement de coloration de la peau, pas d'élévation de la température, pas de fluctuation. Sensibilité très vive au centre de la tumeur et à sa partie inférieure. Les mouvements de rotation du cou sont excessivement douloureux et même impossibles. Fièvre le soir, inappétence, langue sale. L'auscultation des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal. — Purgatif salin. Cataplasmes. Iodure de potassium, Vin de quinquina, et régime fortifiant.

Le quinzième jour, l'amélioration est déjà très notable. La tumeur a beaucoup diminué, elle est moins sensible ; la fièvre a disparu, et l'appétit est presque comme par le passé.

30 *juillet.* — Sortie avec ordre de continuer son traitement.

Obs. MXXII. — *Adénite caséeuse suppurée des ganglions parotidiens superficiels. Fistules multiples de la région. Raclage des trajets fistuleux. Guérison.* — Nicolas (Pierre), seize ans, entre le 1er octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. Sujet scrofuleux; otorrhée dans l'enfance. Il y a onze ans adénite sous-maxillaire suppurée. Il y a six mois, adénite parotidienne suppurée. Depuis ce moment, une série de petits abcès à contenu caséeux se sont ouverts dans la région et sont demeurés fistuleux.

Etat actuel. — La région parotidienne gauche est déformée par une tuméfaction convexe en verre de montre, empiétant en avant sur la joue, en arrière sur la région sterno-mastoïdienne. Dans toute cette étendue la peau est tendue, luisante, érythémateuse, et criblée d'orifices fistuleux, dont les uns, en voie de guérison, sont marqués par des squames brunes et dont les autres, en activité, laissent continuellement écouler un pus séreux. Ces fistules, au nombre de cinq, sont ainsi disposées : une à 2 centimètres au-dessus et en avant de l'angle de la mâchoire, une seconde immédiatement au-

dessous du lobule de l'oreille, une troisième à 2 centimètres en arrière des insertions du pavillon, une quatrième au-devant du tragus, et la dernière sur la joue au niveau du lobule accessoire de la parotide. Ces trois dernières ont des bords décollés sur une étendue de 1 et 2 centimètres. Un stylet pénètre à une profondeur variant de 2 à 3 centimètres, et s'arrête dans des clapiers tapissés de bourgeons charnus mollasses et saignants. Au toucher toute la région est indurée et offre la consistance des tissus lardacés; en certains points existe de l'œdème qui conserve l'empreinte du doigt. Rien d'anormal du côté de la cavité buccale, la sécrétion salivaire est la même par les deux canaux de Sténon. Rien dans les ganglions sterno-mastoïdiens et sous-maxillaires. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

26. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons une incision elliptique à concavité antérieure, passant par les fistules ; nous détachons la peau afin de la renverser sur la joue et de mettre à découvert les fistules et les clapiers. Grattage. Suture. Drain. Sur six pinces hémostatiques appliquées, deux seulement sont laissées à demeure pendant une heure. Pansement phéniqué.

5 *décembre*. — On enlève les derniers fils : suppuration abondante. Injection iodée.

12. — La suppuration se tarit. — 28. Guérison. Sortie.

Obs. MXXIII. — *Tumeur ganglionnaire de la région parotidienne gauche à la suite d'une carie dentaire. Avulsion des dents. Drainage. Guérison.* — Legros (Théodore), vingt-sept ans, courtier, entre le 8 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 8. Il n'a jamais été malade ; aucun accident syphilitique ou scrofuleux.

A son entrée. — Au niveau de la région parotidienne gauche est un gonflement comparable au volume d'une mandarine. La peau à la surface a conservé sa couleur normale et glisse facilement en tous sens sur les parties profondes. Pas de douleurs spontanées, mais sensibilité vive à la pression. La tumeur est formée de plusieurs lobes, de la grosseur d'un pois, placés presque immédiatement sous la peau. Au centre de la tumeur, fluctuation. Carie de la deuxième petite molaire et des deux premières grosses molaires du même côté. Du côté opposé, seule la première grosse molaire est cariée. Extraction. Drainage : il s'écoule aussitôt une petite quantité de pus verdâtre, non fétide.

Peu à peu le gonflement diminue, les douleurs cessent et le vingtième jour la guérison est presque complète. — Exeat le 24.

Obs. MXXIV. — *Adénite parotidienne. Traitement interne. Guérison presque complète.* — Paitel (Louis), vingt-neuf ans, garçon de magasin, entre le 11 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 18. C'est un homme de faible constitution ; cependant n'a jamais été malade,

mais il a souffert du froid et d'une nourriture insuffisante. Il y a six semaines, sans cause connue, il a vu apparaître en avant de l'oreille droite une grosseur qui pendant plusieurs jours ne l'a fait aucunement souffrir, mais depuis, en augmentant de volume, elle est devenue le siège d'élancements parfois très violents; depuis dix jours, il a de la fièvre le soir, a perdu l'appétit et dort mal.

Etat actuel. — Au niveau de la région parotidienne est une tumeur du volume d'une pomme d'api, dure au toucher, sans adhérence avec la peau, qui a conservé sa coloration normale, et immobile au milieu des parties profondes. Douleurs spontanées, exagérées par la pression ou les mouvements du cou. Nulle part on ne trouve de points ramollis. —Sirop d'iodure de fer et huile de foie de morue. Cataplasmes émollients.

25 *octobre.* — Le malade souffre beaucoup moins, mange et dort bien, mais le volume de la tumeur est à peu près le même. — Iodure de potassium à l'intérieur.

17 *novembre.* — La tumeur a beaucoup diminué; l'état général est des plus satisfaisants; à peine quelques douleurs.

24. — Le malade est presque complètement guéri. Exeat.

Obs. MXXV. — *Adénite parotidienne. Cataplasmes. Iodure de potassium. Amélioration.* — Aubry (Julien), trente et un ans, apprêteur, entre le 28 juillet 1881, au n° 76 de la salle Saint-Augustin. Tempérament lymphatique, a eu mal aux yeux étant enfant; aucune maladie depuis. Il y a trois semaines, sans cause connue, il a commencé à ressentir des élancements dans toute la joue droite et jusque dans l'oreille, en même temps qu'il voyait se produire un gonflement du côté de l'angle de la mâchoire inférieure du même côté.

État actuel. — Tuméfaction très marquée de la région parotidienne du côté droit, et descendant jusqu'au tiers supérieur de la partie latérale du cou. En arrière elle se prolonge jusqu'au devant de l'apophyse mastoïde. La peau à la surface est très peu rouge, sans élévation de température, sans adhérence avec la tumeur. Celle-ci est douloureuse surtout à la pression, dure, immobile sur les parties profondes. Toutefois, à peu près au point le plus central, il semble exister une certaine mollesse. Rien dans la bouche, à part la deuxième petite molaire qui est cariée. Mouvement fébrile. Inappétence. Sommeil à peu près bon. Le malade nie tout accident syphilitique. — Cataplasmes. Iodure de potassium. Régime tonique.

Bientôt la tuméfaction et les douleurs diminuent.

24 *août.* — Sortie avec ordre de continuer le traitement.

Obs. MXXVI. — *Adénite parotidienne. Cataplasmes. Iodure de potassium. Amélioration.* — Veillard (Auguste), dix-neuf ans, garçon marchand de vin, entre le 17 août 1885, n° 22, salle Sainte-Marthe. Sujet

lymphatique ; son métier le force à être très souvent une journée entière dans une cave. Il y a près d'un mois, il a commencé à ressentir dans la région parotidienne droite des douleurs vives qui s'exagéraient la nuit, puis quelques jours après survenait une tuméfaction de la partie douloureuse. — Ouate : nul résultat.

Etat actuel. — La tuméfaction occupe presque toute la partie latérale droite du cou, s'étend en arrière jusqu'à l'apophyse mastoïde et en avant jusqu'à la branche horizontale du maxillaire inférieur. La peau à la surface est d'un blanc mat, sans élévation de température. Au centre de ce gonflement on reconnaît la présence d'une tumeur dure, immobile sur les parties sous-jacentes, sans adhérence avec la peau qui la recouvre. Douleur à la pression. Rien dans la bouche. Cataplasmes. — Iodure de potassium à l'intérieur.

Pendant dix jours, on ne put noter aucune amélioration, mais à partir du 28 août, un mieux sensible se produisit.

20 *septembre.* — Sortie avec ordre de continuer son traitement.

Obs. MXXVII. — *Adénite des ganglions parotidiens. Cataplasmes. Iodure de potassium. Amélioration.* — Coudinel (Henri), vingt-trois ans, garçon de salle, entre le 22 décembre 1881, au n° 18 de la salle Sainte-Marthe. Tempérament scrofuleux. Il y a dix jours s'est refroidi pendant son sommeil : le lendemain, vive douleur dans toute la joue droite. Le soir il remarquait une tuméfaction siégeant en avant de l'oreille. Dans la nuit il ne put dormir tant la douleur était aiguë : peu de changement depuis.

État actuel. — Tuméfaction de la région parotidienne. La peau est normale. Au milieu du gonflement, on trouve une tumeur dure, du volume d'un œuf, non adhérente à la peau, mais adhérente aux parties profondes. Au niveau de l'angle de la mâchoire, on sent un point offrant une certaine mollesse : la douleur est plus vive. Pas d'augmentation de température ; fièvre, insomnie, l'appétit est bon, mais les mouvements de la mâchoire sont si sensibles qu'il ne fait usage que d'aliments liquides. — Cataplasmes, iodure de potassium $1^{gr},50$; vin de quinquina.

2 *janvier.* — Les douleurs spontanées ont presque disparu ; à la pression elles sont supportables. La tumeur a diminué.

5. — Amélioration très marquée. Exeat.

Obs. MXXVIII. — *Tumeur de la région parotidienne. Cataplasmes. Drainage. Amélioration.* — Quernez (Joseph), vingt-sept ans, garçon de salle, entre le 29 janvier 1881, au n° 4, de la salle Saint-Augustin. Il s'est toujours bien porté. Pas de scrofule dans l'enfance. Depuis dix-huit mois il souffre de violents maux de dents; et depuis six semaines, il a vu apparaître une tumeur à la région parotidienne.

État actuel. — Au niveau de la région parotidienne droite est un gonflement à peu près uniforme du volume du poing. La peau qui

le recouvre est normale et mobile. Au palper, on reconnaît l'existence de trois tumeurs isolées, à peine mobiles, fluctuantes à leur centre et ayant à peu près chacune le volume d'une noix.

En examinant l'intérieur de la bouche, on voit que les dents molaires supérieures, du côté correspondant à la tumeur, sont cariées, et que les gencives sont saignantes et douloureuses ; à la mâchoire inférieure du même côté, l'une des molaires est aussi cariée et présente des pointes anguleuses qui irritent la muqueuse buccale qui offre de légères érosions au même niveau. État général bon. — Cataplasmes pendant quelques jours, puis drainage : il s'écoule une assez grande quantité de pus fétide. Lavage avec l'eau phéniquée.

23 *février*. — État satisfaisant : exeat.

Obs. MXXIX. — *Hypertrophie simple d'un ganglion parotidien. Ablation.* — Georges Jedunol, dix-huit ans, employé de commerce, 6 mai 1882 (externe). Sa grand'mère a été opérée d'un cancer au sein. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a quatre ans il remarqua à la partie supérieure de la région parotidienne droite une tumeur du volume d'un pois, sous-cutanée, dure, roulant sous le doigt, indolente. Cette production s'est développée lentement et progressivement.

État actuel. — La moitié supérieure de la région parotidienne droite est déformée par une tumeur du volume d'une noix, ovoïde, à grosse extrémité inférieure, étendue verticalement du tragus à la partie moyenne de la région. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau est saine et mobile. Au toucher la tumeur rappelle par sa forme un ganglion hypertrophié. Elle est mobile sur les couches profondes. Rien dans les ganglions des autres régions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général très satisfaisant. — Chloroforme. Incision verticale longue de 4 centimètres avec le bistouri. Énucléation facile de la tumeur avec les doigts et la spatule. Drain. Suture à l'aide de quatre fils métalliques. Pansement phéniqué.

Coupe, hypertrophie simple ; tissu finement granulé, de coloration blanchâtre, vasculaire.

Le malade retourne chez lui et sera traité par son médecin.

Obs. MXXX. — *Adénites caséeuses des régions parotidienne et sous-maxillaire.* — Coynel, vingt-trois ans, garçon de salle. Entre le 23 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 18. Quelques petits abcès au cou dans sa jeunesse ; à quatorze ans, adénite suppurée à l'angle de la mâchoire. En février 1880, il s'est formé, à la région parotidienne droite, au bord antérieur du sterno-mastoïdien, deux adénopathies qui ont acquis le volume du pouce. Accroissement lent.

État actuel. — Saillie considérable au niveau de la région parotidienne, formée par une masse arrondie du volume d'un petit œuf,

mobile, non adhérente à la peau, si ce n'est au centre où existe une petite élevure rouge, présentant une perforation extrêmement petite qui résulte d'une piqûre faite avec un canif par le malade lui-même au mois d'octobre 1880. Cette piqûre a donné issue à du sang et à de la sérosité. La pression fait encore sortir de la petite fistule un peu de sérosité. En arrière de la masse principale, au niveau du sterno-mastoïdien, existe une autre masse arrondie séparée de la première par un sillon profond. Elle est immobile et les mouvements imprimés à la masse principale ne lui sont pas communiqués. A la limite des régions sus-hyoïdienne et sterno-mastoïdienne, vers la grande corne de l'os hyoïde, on trouve une troisième masse arrondie, du volume d'une noisette, mobile et sans adhérence à la peau. Le malade a un peu maigri ; mais son état général est bon. Rien aux poumons. Pas de syphilis. — Iodure de potassium. Huile de foie de morue.

État stationnaire. Parti à Vincennes le 14 janvier.

Obs. MXXXI. — *Adénite chronique parotidienne. Ablation.* — Raboussin (Henri), seize ans, imprimeur, entre le 17 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 21. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques ; scrofule dans l'enfance. Il y a cinq ans, à la suite d'une rougeole, conjonctivite purulente, adénites parotidienne et sous-maxillaire : une tumeur ganglionnaire persista dans la région parotidienne gauche et s'y développa lentement et progressivement, sans déterminer ni gêne ni douleur.

État actuel. — La moitié inférieure de la région parotidienne gauche est déformée par une tumeur semi-ovoïde, à grand axe vertical, offrant les dimensions d'une moitié d'œuf de poule, à surface unie et convexe. Peau normale, mobile à la surface de la tumeur. Au toucher, celle-ci est bien limitée, et composée de deux lobes superposés, dont le supérieur a le volume d'une noix, et l'inférieur celui d'un œuf de pigeon. Sa consistance est homogène, ferme, élastique, et rappelle celle de l'hypertrophie ganglionnaire ; les deux lobes glissent facilement sur les couches profondes. Indolence. Pas de troubles fonctionnels. Rien dans les ganglions voisins. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

20 *mai.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri, incision verticale de 4 centimètres ; nous enlevons d'abord le ganglion supérieur plus volumineux par le procédé du morcellement, puis le second ganglion, sans avoir produit de délabrement. Drain ; quatre fils métalliques. Pansement phéniqué.

A la coupe. — Le ganglion le plus volumineux offre un noyau central caséeux et une enveloppe rosée, formée par le tissu du ganglion hypertrophié ; hypertrophie simple de l'autre ganglion.

21 *mai.* — Trismus.

24. — Le trismus est moindre ; on continue le Lister.

26. — Ablation des fils de suture. Pansement au vin aromatique.

27. — Le malade à peu près guéri va à Vincennes.

Obs. MXXXII. — *Adénite tuberculeuse parotidienne gauche. Ablation.* — Georges (Nicolas), vingt et un ans, facteur de musique, entre le 11 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. A été opéré par nous, il y a deux ans, pour une adénite tuberculeuse sous-maxillaire. Il y a six mois une tumeur dure, solide, indolente, mobile sous la peau, du volume d'une noisette, s'est développée, dans la région parotidienne gauche, au niveau de l'extrémité supérieure de la cicatrice de la première opération : augmentation progressive.

Etat actuel. — La région parotidienne gauche est déformée par une tumeur ovoïde à grand axe vertical, étendue du lobule de l'oreille à 2 centimètres au-dessus de l'angle de la mâchoire, et transversalement du bord antérieur du sterno-mastoïdien à la branche montante du maxillaire inférieur ; son volume est égal à celui d'un œuf de dinde; la surface est lisse, unie, convexe. Peau saine. Au toucher la tumeur paraît formée d'une masse unique, à limites diffuses, mal circonscrites. Elle adhère aux parties molles périphériques, qui sont le siège d'empâtement et d'infiltration. Sa consistance est ferme, élastique à la périphérie, mollasse au centre. Rien dans les ganglions voisins. Pas de suppuration, de compression vasculaire ou nerveuse. Sommets des deux poumons douteux. État général encore satisfaisant.

21 *janvier* 1882. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, incision verticale longue de 8 centimètres passant par l'ancienne cicatrice : tissus lardacés, atteints d'inflammation chronique, adhérents à la coque fibreuse propre de la tumeur. Nous séparons la tumeur, des tissus qui l'entourent, par voie de dissection et nous l'enlevons aussi complètement que possible. Il n'existe pas d'autres ganglions malades, mais on trouve, au-dessous de celui qui vient d'être enlevé, des noyaux tuberculeux qui ne sont autres que des bourgeonnements de la face profonde de la tumeur principale. Nous enlevons ces noyaux avec la spatule. — Drain. Suture des deux tiers supérieurs à l'aide de huit fils métalliques. Pansement phéniqué.

A la coupe. — La tumeur se compose d'une trame ganglionnaire en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, circonscrivant des aréoles remplies par des noyaux tuberculeux, les uns ramollis et abcédés, les autres plus consistants.

30 *janvier.* — On enlève les fils. Réunion par première intention; pas de fièvre.

6 *février.* — Guérison. Sortie.

Obs. MXXXIII. — *Hypertrophie simple de la glande parotide. Ablation de la partie malade.* — Benjamin Ruben, trente et un ans, employé, 25 février 1882 (externe). Pas d'hérédité, forte constitution.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a huit mois, sans causes connues, il remarqua dans la région parotidienne droite une tumeur du volume d'un gros pois, solide, mobile sous la peau, indolente. Cette production s'est développée lentement et progressivement, sans déterminer de troubles locaux ou généraux.

État actuel. — La région parotidienne droite est déformée par une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, étendue verticalement du tragus à la portion horizontale du canal de Sténon, à surface convexe, lisse et unie sans bosselures apparentes. La peau a conservé ses caractères normaux, au toucher elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est dure, solide, résistante ; sa consistance rappelle celle de l'hypertrophie simple ou du fibro-chondrome. Elle adhère à la glande par sa base légèrement étranglée, mais il n'existe pas à sa surface de lobules ou de végétations en chou-fleur. Indolence même à la pression, pas de troubles vasculaires ou nerveux. La sécrétion de la salive est normale des deux côtés. Rien dans les ganglions voisins. Rien dans les viscères thoraciques ou abdominaux. État général très satisfaisant.

25 *février.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri, incision verticale de 4 centimètres. La tumeur étant à découvert, nous la saisissons avec des pinces de Museux, et nous l'isolons par voie de dissection des parties voisines, elle fait corps avec la parotide et s'étend assez profondément, de sorte que ce n'est qu'avec beaucoup de patience que nous parvenons à l'enlever sans intéresser les nerfs et les vaisseaux importants de la région. Drain. Suture dans les deux tiers supérieurs. Pansement phéniqué, compressif.

Sur une coupe. — La tumeur offre une teinte gris bleuâtre, et un aspect finement granuleux. Le centre est occupé par un kyste sanguin du volume d'un gros pois.

Le malade retourne chez lui et se fera soigner par son médecin.

Obs. MXXXIV. — *Tumeur de la région parotidienne droite. Ablation. Guérison.* — Brunet (Achille), dix-sept ans, horloger, entre le 6 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 8. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Il y a neuf mois, sans causes connues, il remarqua dans la région parotidienne droite une tumeur mollasse, indolente, du volume d'une amande : accroissement rapide.

État actuel. — La région parotidienne droite est déformée par une tumeur du volume d'un œuf de poule, étendue verticalement du tragus à l'angle de la mâchoire, et transversalement du sterno-mastoïdien au bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Sa surface, convexe, est lisse, unie. Peau normale. Tumeur de consistance mollasse. Elle jouit d'une mobilité partielle à la surface de la

parotide. Indolence à la pression. Pas de troubles vasculaires ou nerveux. Sécrétion salivaire normale des deux côtés. Rien dans les ganglions du cou. Rien dans les viscères thoraciques ou abdominaux. État général satisfaisant.

25 *février*. — Chloroforme. — A l'aide du bistouri, incision verticale de 6 centimètres : ablation de la tumeur par morcellement. Drain : suture des deux tiers supérieurs à l'aide de sept fils métalliques. Pansement phéniqué.

Sur une coupe. — Tissu homogène, rosé, granuleux, présentant l'aspect de l'hypertrophie glandulaire simple.

On enlève les fils le quatrième jour. Réunion par première intention. Le malade quitte le service et vient au pansement tous les deux jours jusqu'au 22 mars, époque de la guérison complète.

Obs. MXXXV. — *Sarcome fibro-plastique de la région auriculo-parotidienne et lipome diffus de la région sous-maxillaire du même côté. Ablation des deux tumeurs.* — Luneteau (Justin), cinquante-cinq ans, sans profession, entre le 15 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Pas d'hérédité, pas d'antécédents, scrofuleux, tuberculeux, ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a vingt ans, il remarqua dans la région sous-maxillaire gauche une tumeur du volume d'une noisette, mollasse, indolente, mobile sous la peau. Cette production s'est développée dans tous les sens lentement et progressivement, sans déterminer ni gêne ni douleur. Depuis deux ans, le malade éprouvait dans le conduit auditif externe des douleurs sourdes, continues, lancinantes et n'observait dans la région ni déformation appréciable, ni modification de consistance, lorsque il y a trois mois une seconde tumeur apparut au sommet de la région parotidienne immédiatement au-devant du lobule de l'oreille et se développa rapidement.

État actuel. — La région auriculo-parotidienne gauche est déformée par une tumeur ayant la forme d'une moitié d'ovoïde coupée suivant son grand axe, étendue du conduit auditif externe à l'angle de la mâchoire et recouvrant dans le sens transversal toute la région parotidienne et la branche montante du maxillaire inférieur, sa surface est lisse, unie, convexe. Peau normale. La tumeur au toucher est dure, solide, de consistance homogène, fibroïde, adhère à la parotide au milieu de laquelle elle envoie des prolongements, elle déplisse le lobule de l'oreille et passe en arrière de cet appendice pour se confondre avec la face postérieure de la conque, et elle entoure la portion cartilagineuse du conduit auditif externe; il est impossible de se rendre un compte exact de la profondeur à laquelle s'étend la production morbide. L'examen du conduit auditif à l'aide du spéculum aussi prouve que la paroi inférieure de ce canal est légèrement refoulée en haut. Rien dans les

ganglions sterno-mastoïdiens et sous-maxillaires. Douleurs vives, continues, lancinantes, non exagérées par la pression. Ni paralysie, ni parésie faciale, ni compression vasculaire: pas de troubles de l'audition, pas de mortification de la sécrétion salivaire. — Le malade porte en outre dans la région sous-maxillaire gauche une tumeur indépendante de la première et présentant des caractères différents. Elle s'étend de l'angle de la mâchoire à deux travers de doigt de la symphyse du menton, sa forme et son volume sont ceux d'un œuf de poule. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures. La peau qui la recouvre n'a pas subi d'altération de structure et est mobile à sa surface. La tumeur elle-même est mobile sur les couches profondes, sa consistance est uniforme, mollasse et faussement fluctuante comme celle de certains lipomes. Elle n'est le siège d'aucune douleur, soit spontanément, soit à la pression et ne détermine aucun trouble fonctionnel. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains, l'état général est satisfaisant.

20 *mai.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri, à 2 centimètres en avant du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, incision verticale étendue du tragus à l'angle de la mâchoire. La tumeur étant à découvert, nous la coupons en deux moitiés verticales de manière à l'enlever par le procédé de morcellement. Nous enlevons d'abord par voie de dissection la masse principale superficielle afin de découvrir et de poursuivre plus facilement les prolongements, ceux-ci sont nombreux et importants. Les uns pénètrent profondément dans l'épaisseur de la parotide et englobent des vaisseaux importants, ainsi que les branches du nerf facial que nous sommes obligé de sectionner afin de ne pas laisser de tissu morbide. L'artère transverse de la peau doit être saisie entre deux pinces et sectionnée. D'autres prolongements plus importants encore s'étendent dans l'épaisseur du pavillon de l'oreille et de la paroi inférieure du conduit auditif externe de sorte que de ce côté nous sommes obligé de faire une fenêtre à l'oreille externe. En arrière la tumeur se prolonge jusque sur les parois latérales du pharynx. Après avoir enlevé cette première tumeur aussi largement que possible, nous faisons parallèlement au bord inférieur du corps du maxillaire une incision étendue de l'angle inférieur de la première au voisinage de la ligne médiane et nous mettons à nu la tumeur sous-maxillaire que nous enlevons comme la précédente par voie de morcellement et de dissection.

A la coupe, la tumeur auriculo-parotidienne a tous les caractères du sarcome embryoplastique ; la tumeur sous-maxillaire est un lipome. Deux drains, dix-sept points de suture. Pansement phéniqué. — Pas de réaction fébrile.

25 *mai.* — On a enlevé les fils. Réunion par première intention. Pas de fièvre ; embarras gastrique.

30. — Suppuration tarie ; on enlève les drains.
4 juin. — Guérison. Sortie.

§ II

Cou.

Parmi les nombreuses observations d'affections du cou, signalons-en trois :

Nous avons opéré une tumeur du corps thyroïde (obs. MLXVI), intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous avons à plusieurs reprises établi les bases du diagnostic des tumeurs du corps thyroïde, particulièrement dans le tome II de nos *Cliniques* (seizième leçon, p. 343). Ces tumeurs peuvent être des hypertrophies vraies, des goîtres kystiques, des goîtres vasculaires ou des tumeurs malignes. Les hypertrophies vraies se développent dans certaines localités, ont une marche plus régulière et une consistance généralement plus uniforme que la tumeur qui nous occupe. La fluctuation, les mouvements d'expansion et d'affaissement qui caractérisent la première les goîtres kystiques, la seconde les goîtres vasculaires, faisaient défaut dans notre cas. Ces raisons nous portaient, *à priori*, à penser à quelque variété de tumeur de mauvaise nature et cette opinion se trouvait confirmée par les douleurs lancinantes qui avaient accompagné le début du néoplasme, par le résultat négatif des ponctions et des injections iodées, par la consistance de la tumeur, dure, fibroïde dans la majorité de son étendue, molle et fluctuante en d'autres points. Toutefois, le défaut d'adhérences et d'altérations cutanées, l'absence de lésions ganglionnaires nous obligeaient à quelques restrictions. L'examen anatomique et microscopique de la pièce pouvait seul nous en révéler la nature exacte.

Nous n'étions pas, heureusement, en présence des mêmes difficultés pour le traitement. L'indication était formelle : lorsqu'une tumeur du corps thyroïde évolue rapidement, que le traitement médical, les ponctions et les injections

iodées ont échoué, que cette tumeur détermine des troubles de compression : gêne de la déglutition, dyspnée habituelle, accès de suffocation, de deux choses l'une : ou il faut faire la trachéotomie ou pratiquer l'ablation de la tumeur. Si l'on a quelque raison de croire que les progrès du mal sont trop avancés pour qu'une opération ait quelques chances de succès; s'il existe, par exemple, des adhérences cutanées très étendues, de l'infection ganglionnaire, des lésions laryngiennes ou trachéales révélées par l'examen laryngoscopique, la trachéotomie est la seule ressource. Mais dans les cas, comme le nôtre, où la tumeur est bien limitée, dépourvue d'adhérences, et n'a pas retenti sur le système ganglionnaire, il est du devoir du chirurgien de tenter par une ablation aussi complète que possible de sauver la vie du malade. C'est en nous appuyant sur ces données que nous avons pratiqué l'ablation de la tumeur. Le manuel opératoire et les soins consécutifs à l'opération offrent certaines particularités importantes que nous avons déjà eu soin d'indiquer à propos des cas de cette nature qui se sont présentés dans notre pratique, mais que nous croyons bon de répéter : 1° l'abondance et l'importance des vaisseaux de la région exigent un nombre de pinces hémostatiques considérable. Le pincement des vaisseaux doit être effectué avant sa section, non seulement afin d'éviter au malade une perte de sang préjudiciable, mais aussi en raison de la disposition spéciale des veines maintenues béantes par les aponévroses et favorisant la pénétration de l'air; 2° il faut autant que possible ménager les nerfs qui traversent cette région et qui président à des fonctions aussi importantes que la respiration et la circulation; 3° notre procédé de morcellement nous rend dans ce cas particulier des services inappréciables. Grâce à lui, nous pouvons attaquer la tumeur à la fois par sa face profonde et par sa face superficielle, tout en ménageant le plus possible jusqu'au dernier moment l'enveloppe fibreuse qui la sépare des tissus voisins et forme une limite qui, d'une part, prévient tout délabrement et qui, d'autre part, constitue un point de repaire précieux dans une région où le moindre écart peut

avoir des conséquences fatales; 4° la communication du tissu cellulaire du cou avec celui du médiastin fournit des indications qu'il faut observer avec la plus grande exactitude non seulement pendant l'opération et au moment du pansement, mais jusqu'à la cicatrisation complète. Tout décollement devient un cloaque dans lequel s'accumule le pus et d'où il peut passer dans les médiastins; 5° l'anesthésie doit être conduite et surveillée avec plus de prudence que jamais dans les cas où l'on opère au voisinage de la trachée et du larynx. Nous avons en effet remarqué que, chez ces malades, il se fait une hypersécrétion de mucosités qui tendent à obstruer les voies aériennes et à déterminer l'asphyxie, si l'on n'a la précaution de débarrasser de temps à autre le larynx à l'aide d'une éponge montée sur de longues pinces. Cette hypersécrétion est due, à notre avis, aux tiraillements inévitables que subissent les nerfs qui distribuent leurs filets à la muqueuse des voies aériennes; 6° la réunion des lèvres de la plaie doit aussi être faite par un mode spécial, après avoir placé convenablement un drain qui soit à la portée des lèvres. Il importe de faire des sutures profondes et des sutures superficielles, les premières destinées à comprimer et à maintenir au contact les surfaces saignantes, les secondes à opérer la réunion proprement dite; 7° on doit en outre, au moment du pansement, exercer, dans le même but, une compression méthodique, qui, de plus, obvie aux inconvénients d'une décompression trop brusque par l'ablation de la tumeur.

La position du malade, après l'opération, est une des conditions les plus importantes du succès. Elle doit être telle que toute fusée des liquides vers la poitrine soit naturellement impossible. Pour cela il faut disposer le lit en plan incliné des pieds vers la tête. La répulsion du malade pour cette position doit être vaincue, en lui en faisant comprendre l'importance : du reste les opérés s'y habituent vite.

Dans l'observation MLXVIII, les troubles physiques et fonctionnels étaient assez nets pour que le diagnostic de kyste du corps thyroïde ne présentât pas de difficultés. La marche de la tumeur, sa délimitation, à défaut d'adhérences et d'in-

fection ganglionnaire, écartaient l'idée de tumeur maligne. L'absence de troubles cardiaques et oculaires, l'état de vacuité de l'utérus démontraient qu'il ne s'agissait ni du goître exophthalmique, ni de l'hypertrophie qui se développe quelquefois dans l'état de grossesse. Pour la différenciation entre le kyste et une hypertrophie des éléments solides, nous étions surtout guidé par la fluctuation. D'ailleurs la ponction devait compléter le diagnostic et elle prouva que nous avions réellement affaire, comme nous l'avions prévu, à un kyste séro-sanguin. Quant au traitement à suivre en présence de l'inefficacité des applications de teinture d'iode et du développement continu de la masse morbide, nous n'avions le choix qu'entre l'ablation et le drainage suivi d'injections iodées. L'ablation de la tumeur est un moyen radical que l'on n'emploie que dans les cas particulièrement graves où tous les autres moyens ont échoué et où la vie du malade est compromise soit du fait de l'asphyxie, soit du fait des autres phénomènes de compression. Nous l'avons pratiquée à plusieurs reprises avec succès et nous avons tracé à ce propos les précautions à prendre en pareil cas. — Le drainage suivi d'injection iodée est un excellent procédé qui nous a souvent procuré des succès inespérés. Nous l'avons même vu réussir dans les cas de tumeurs thyroïdiennes présentant quelques caractères de malignité. Sous l'influence de l'iode, il se forme un tissu fibreux rétractile qui amène l'affaissement de la tumeur. En pareille occurrence nous employons comme dans le cas actuel un trocart spécial, tel que celui de notre ami le Dr Fauvel. Il importe en effet de ne pas laisser ouvert la canule ou le tube introduit dans un organe aussi vasculaire que le corps thyroïde sous peine de voir se produire des hémorrhagies mortelles. Il faut laisser à demeure pendant quelques jours un tube fermé dont la présence détermine l'organisation d'un trajet et ne commencer les injections dans un tube ouvert qu'après l'organisation de ce trajet.

Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de décrire le manuel opératoire de la trachéotomie suivant notre procédé. Toutefois nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer,

à propos de l'observation MLXX, de quel secours nous ont été nos pinces hémostatiques. Les vaisseaux étaient plus nombreux et plus volumineux qu'à l'état normal, si nous n'avions eu un moyen d'hémostase rapide il nous eût fallu prolonger considérablement les souffrances de la malade que l'état avancé des lésions pulmonaires et laryngées nous empêchait d'anesthésier. Nous faisons les mêmes remarques à propos de notre canule à mandrin conducteur canaliculé. Grâce à cet instrument nous évitons une perte de temps notable, et le manuel opératoire se trouve aussi simplifié que possible. On reconnaît surtout l'utilité de cet instrument dans les cas où, par suite de l'invasion des produits tuberculeux ou cancéreux, les tissus sont à ce point désorganisés qu'ils sont devenus méconnaissables et où par conséquent on n'a plus, comme points de repère, les dispositions anatomiques. Dans les cas de ce genre Nélaton voulait que l'on fît pour le passage de la canule une perte de substance dans le cartilage cricoïde. Mais l'expérience a démontré, à notre ami Fauvel et à nous-même, que l'incision simple est préférable, la perte de substance entraînant ultérieurement un rétrécissement du larynx.

Obs. MXXXVI. — *Kyste sébacé au niveau de l'angle de la mâchoire. Ablation. Guérison.* — Bodot (Louis), vingt-sept ans, journalier, le 16 mars 1882 (externe). Il y a quatre ans, au niveau de l'angle gauche de la mâchoire, au-dessous du maxillaire inférieur, petite grosseur indolore; accroissement lent.

Actuellement. — Cette grosseur est un peu plus volumineuse qu'une noix; molle, presque fluctuante, absolument indolore, elle adhère intimement à la peau, sans adhérer aux parties profondes; un peu allongée d'avant en arrière, elle est légèrement bilobée. La peau est un peu rouge à son niveau. Pas d'engorgement ganglionnaire. État général excellent. Opération; ablation de la poche kystique après l'avoir au préalable vidée de son contenu. — Sutures aux fils d'argent. Drain. Lister.

21 *mars.* — Ablation des fils. Réunion.

Obs. MXXXVII. — *Adéno-phlegmon de la région maxillaire.* — A. Pret, vingt-trois ans, garçon boucher, entre le 6 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 23. Excellente santé habituelle. Mauvaises dents; fluxions dentaires; en a une depuis dix jours avec adéno-phlegmon.

Actuellement. — La tuméfaction est assez volumineuse; gonflement, chaleur et rougeur, au-dessous du bord inférieur de la mâchoire, point fluctuant. Difficulté à ouvrir la bouche. L'état général est bon. — Incision et drainage. — Au bout de quelques jours les phénomènes inflammatoires ont entièrement disparu.

Obs. MXXXVIII. — *Abcès chaud du cou. Ponction, drainage. Guérison.* — Harchat (Alexandre), vingt-neuf ans, maçon, entre le 25 avril 1885, salle Saint-Augustin, n° 5. Père bien portant. Mère morte tuberculeuse. Scrofule dans l'enfance; en 1870, adénite suppurée du cou. Il y a trois mois, dans la région sous-maxillaire droite, il commença à sentir un ganglion douloureux qui roulait sous son doigt, puis ce ganglion s'enflamma, d'autres apparurent; fièvre; dyspnée quand le malade veut renverser son cou en avant.

Actuellement. — Rougeur du cou; la saillie du sterno-cléido-mastoïdien droit a disparu. On sent de l'empâtement et une fluctuation profonde mais très nette au devant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

26 *avril.* — Ponction à la partie inférieure de la tumeur. Il s'en écoule une grande quantité de pus. Drain. Pansement légèrement compressif.

28. — L'état général est très satisfaisant. Mais le pus s'écoulant mal, contre-ponction et drainage.

2 *mai.* — Le drain supérieur est retiré.

4. — Il ne s'écoule plus que de la sérosité en quantité peu considérable par le drain inférieur. Celui-ci est donc retiré. Exeat.

Obs. MXXXIX. — *Carie dentaire. Adénite consécutive. Ouverture de l'abcès, drainage. Guérison.* — Mollet (Joseph), trente-neuf ans, graveur, entre le 3 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 4. Bonne constitution; il y a six semaines, maux de dents violents; le troisième jour, il a remarqué sous la mâchoire inférieure, à gauche, une tumeur dure, douloureuse à la pression et roulant sous le doigt. Quand il s'en est aperçu, cette tumeur avait le volume d'une noisette. Pendant près de trois semaines, elle est restée telle, puis à partir de ce moment, elle a grossi assez rapidement pour atteindre le volume qu'elle a aujourd'hui et qui est celui d'un petit œuf de poule. Fièvre. Insomnie; perte d'appétit.

Actuellement. — Tumeur vaguement fluctuante. — Cataplasmes. — Le cinquième jour après l'entrée, la peau devient rouge, luisante, s'amincit vers le huitième jour; fluctuation; souffrances vives.

9 *octobre.* — Ponction de l'abcès avec le bistouri. Issue d'un pus très fétide. Drain. Injection d'eau phéniquée.

24. — Guérison. Sortie.

Obs. MXL. — *Adénite sous-maxillaire. Drainage. Guérison.* — Boursier (Jean-Baptiste), vingt-trois ans, coupeur, entre le 2 sep-

tembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 3. C'est un homme maigre, de chétive apparence, mais n'ayant jamais été malade. Il est seulement très sujet aux névralgies et a de très mauvaises dents. Depuis huit jours odontalgie et développement, à la partie inférieure de l'angle de la mâchoire, d'une tuméfaction qui a *aujourd'hui* le volume d'un petit œuf. La peau à la surface est rouge, lisse, chaude et amincie; douleurs très vives exagérées par la pression; mastication impossible. Fluctuation au centre et profondément. — Cataplasmes.

8 *septembre.* — Incision. Écoulement abondant de pus épais et de mauvaise odeur. Drainage. — 23. Guérison. Sortie.

Obs. MXLI. — *Adénite sous-maxillaire. Drainage. Guérison.* — Paitel (Louis), vingt-sept ans, ciseleur, entre le 21 mars 1883, salle Saint-Augustin, n° 8. Il est maigre et pâle, mais n'a aucune manifestation de scrofule ou de tuberculose. Bonne santé. Il a toujours eu de mauvaises dents. Il y a quelques mois, à la suite d'odontalgie, apparition à l'angle de la mâchoire inférieure droite d'une tumeur qui, tout d'abord grosse comme une noisette, a atteint progressivement le volume d'un petit œuf; élancements, surtout vers le soir; vive douleur à la pression; un peu d'insomnie.

Actuellement. — Peau rougeâtre, amincie, chaude; il existe une certaine mollesse, plutôt que de la fluctuation. — Drainage; issue de pus très fétide. Injection d'eau phéniquée.

19 *avril.* — Guérison presque complète. Exeat.

Obs. MXLII. — *Adénite sous-maxillaire gauche.* — Charles (François), vingt-quatre ans, garçon marchand de vin, entre le 8 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 7. Bonne santé habituelle. Syphilis datant de janvier 1881. Il a de mauvaises dents. Il y a deux mois que la région sous-maxillaire gauche a commencé à se tuméfier. La tumeur a le volume d'un gros œuf de pigeon et est à cheval sur le bord inférieur du maxillaire à gauche. Elle est mobile sous la peau et sur les parties profondes. Elle présente une dureté très considérable, sans bosselures, et n'est pas douloureuse à la pression ni spontanément.

16 *mai.* — On enlève la dernière grosse molaire qui est cariée.

20. — La tumeur sous-maxillaire est stationnaire.

Refus d'opération. Exeat le 22 avec ordre de prendre de l'iodure de potassium.

Obs. MXLIII. — *Adénite sous-maxillaire. Drainage. Guérison.* — Martin (Jules), trente et un ans, serrurier, entre le 22 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. C'est un homme peu robuste; aucune manifestation scrofuleuse ou tuberculeuse. Il y a six semaines, à la suite d'un violent mal de dents, adénite sous-maxillaire, qui n'a pas tardé à atteindre la grosseur d'un œuf de poule. Les deux premières semaines, cette tumeur n'était pas douloureuse, mais depuis elle est

le siège d'élancements qui empêchent le malade de dormir. Un peu d'inappétence, léger état fébrile le soir.

Actuellement. — Peau chaude, rouge, lisse et luisante. La pression est douloureuse. Fluctuation profondément située. — Cataplasmes, puis drainage et injections phéniquées.

25 *mai.* — Plus de suppuration.

28. — L'orifice de l'abcès est presque fermé. Exeat.

Obs. MXLIV. — *Hypertrophie et suppuration d'un ganglion sous-maxillaire droit. Ablation. Guérison.* — Chalier (Gabriel), quarante et un ans, garçon de magasin, entre le 23 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 10. Bonne santé habituelle. Il y a deux mois et demi environ, à deux travers de doigt au-dessous de l'angle droit de la mâchoire, apparut une petite grosseur qui a augmenté de volume peu à peu, mais surtout depuis un mois et demi. Depuis ce temps aussi, la région, qui primitivement était indolore, est devenue douloureuse spontanément au point d'empêcher le sommeil.

État actuel. — En avant et au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit, existe une tumeur ronde, du volume d'une petite pomme, sans adhérence à la peau, paraissant ne pas adhérer non plus aux parties profondes, dure, légèrement lobulée; peu douloureuse à la pression. Au-dessus, existe un petit ganglion qui ne paraît pas faire corps avec la tumeur principale. État général assez bon. L'auscultation pulmonaire ne révèle aucune lésion thoracique. — Iodure de potassium, 3 grammes par jour. Onctions résolutives sur la tumeur.

Malgré ce traitement, la tumeur augmente toujours de volume.

29 *juin.* — Les élancements sont plus violents que jamais; la peau est un peu rouge; elle devient chaude et tendue.

6 *juillet.* — La tumeur ganglionnaire se ramollit manifestement. Elle devient de plus en plus douloureuse. La peau à ce niveau est amincie, rouge, très tendue. Dysphagie et dyspnée. — Incision : issue d'une grande quantité de pus mal lié, mêlé de grumeaux caséeux.

10. — Amélioration. La douleur a en grande partie disparu. Pansement de Lister.

13. — Cautérisation des parois de l'abcès au nitrate d'argent. Pansement de Lister.

18. — La grosseur a presque totalement disparu; il ne reste plus qu'un orifice par lequel sort très peu de pus, et que l'on cautérise tous les jours avec le nitrate d'argent. Exeat.

Obs. MXLV. — *Adénite tuberculeuse sous-maxillaire droite. Abcès ganglionnaire consécutif. Râclage. Guérison.* — Philipeau (Albert), vingt-quatre ans, garçon de restaurant, entre le 16 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 24. Bronchites repétées : jamais de manifestations scrofuleuses. Il y a 6 mois, un abcès de l'aine gauche, guéri au bout

d'un mois et demi. Il y a trois mois environ, une grosseur se produit à 2 centimètres en arrière de l'angle de la mâchoire du côté droit, douloureuse, qui disparaît d'abord sous l'influence de cataplasmes, mais se reproduit bientôt et aboutit à la suppuration. Le 13 juin l'abcès s'ouvre spontanément.

Etat actuel. — A la région indiquée, existe une tumeur dure, rénitente, ovoïde, du volume d'une noix, à grand diamètre antéro-postérieur, présentant à sa partie centrale une ulcération du volume d'un pois, dans laquelle la sonde, introduite, peut constater un décollement de près de 2 centimètres de pourtour.

8. — Incision et raclage avec une curette. Drain. Suture. Pansement de Lister.

17. — Ablation des points de suture et du tube. Les lèvres de la plaie sont à peu près réunies, sauf à l'entre-croisement des deux incisions. Cautérisation de ce point au nitrate d'argent. — Pansement au vin aromatique.

22. — Guérison. Va à Vincennes.

Obs. MXLVI. — *Hypertrophie simple des ganglions sous-maxillaires. Enucléation. Guérison.* — Mayat (Micheline), vingt-quatre ans, peintre, entre le 6 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Lymphatisme. Il y a dix ans, sans causes connues, elle remarqua dans la région sous-maxillaire droite une tumeur du volume d'un haricot, dure, solide, mobile sous la peau, indolente. Cette production s'est développée lentement et progressivement, malgré l'emploi prolongé de l'iodure de fer et de l'iodure de potassium.

Etat actuel. — La région sous-maxillaire droite est déformée par une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de dinde, étendue transversalement de l'angle de la mâchoire à 1 centimètre de la symphyse du menton. Elle est formée de deux lobes, l'un principal postérieur qui constitue presque à lui seule toute la tumeur, l'autre antérieur, du volume d'un œuf de pigeon, comme surajouté. La surface de ces lobes est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui les recouvre, légèrement tendue, laisse voir par transparence des veines bleuâtres un peu dilatées. Du côté opposé on voit des veines semblables mais de volume normal. Les téguments sont mobiles à la surface de la tumeur. Au toucher celle-ci est solide, de consistance ferme, élastique, rappelant celle de l'hypertrophie simple des ganglions. Le lobe principal est mobile sur les couches profondes, le petit lobe paraît au contraire plus adhérent aux tissus sous-jacents. Rien d'appréciable du côté du plancher de la bouche, Pas de troubles de la sécrétion salivaire. Indolence. Rien dans les autres ganglions des diverses régions. Viscères thoraciques et abdominaux sains, état général satisfaisant.

6 *mai.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons à la surface de la tumeur une incision légèrement courbe, à concavité supérieure, parallèle au bord inférieur du maxillaire, et longue de 9 centimètres : il suffit des doigts et de la spatule pour énucléer la grosse tumeur. La petite a contracté au contraire des adhérences solides avec les tissus voisins; afin de ménager ces tissus ainsi que les vaisseaux et nerfs qui les traversent, nous avons recours au procédé de morcellement. Drain. Suture à l'aide de huit fils métalliques. Pansement phéniqué.

A la coupe, les tumeurs constituées par des ganglions sont composées d'une coque fibreuse épaisse parfaitement limitante et d'un tissu gris jaunâtre, finement granuleux, offrant l'aspect des ris de veau, vasculaire.

10 *mai.* — Pas de réaction fébrile. On enlève les fils. Réunion presque complète : peut sortir le lendemain.

14. — La malade revient dans le service ; a eu une hémorrhagie en nappe par la plaie. Compression ouatée. Dès le 19, guérison. Sortie.

Obs. MXLVII. — *Hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques. Ablation d'un ganglion sous-maxillaire. Guérison.* — Grand, trente-huit ans, mouleur en cuivre, 2 juin 1881 (externe). Pas d'hérédité. Bonne santé. Il y a quatre mois, sans causes connues, tumeur dans la région sous-maxillaire droite.

Etat actuel. — Deux tumeurs indolores, sans adhérence à la peau, mais assez profondes : situées l'une sous l'angle de la mâchoire, peu volumineuse, l'autre, présentant les dimensions d'un œuf de pigeon, un peu plus bas. — Celle-ci est enlevée au bistouri. Deux points de suture.

A la coupe. — Tous les caractères d'un ganglion hypertrophié. Réunion immédiate le 5 juin. — On appliquera de la teinture d'iode sur la seconde tumeur. Toniques et huile de foie de morue.

Obs. MXLVIII. — *Phlegmon sus-hyoïdien, ouverture spontanée sur les côtés de la base de la langue. Guérison.* — Badiviez (Julien), seize ans, peintre, entre le 19 novembre 1861, salle Saint-Augustin, n° 75. Le 31 octobre, il se réveille présentant sous le menton une grosseur du volume d'une noix. Il dit n'avoir eu ni refroidissement, ni frisson, ni fièvre. La tuméfaction augmenta peu à peu sans lui causer de de douleur, si ce n'est pendant les mouvements de mastication. Il ne pouvait prendre que des liquides.

État actuel. — Gonflement énorme sans rougeur de toute la région sus-hyoïdienne. Langue soulevée et gênée dans ses mouvements; il en résulte que le malade parle à la façon de ceux qui sont atteints de grenouillette. Le gonflement et la déformation sont symétriques par rapport à la ligne médiane. On ne sent pas de fluctuation, mais une dureté ligneuse. — Cataplasmes.

12 *octobre.* — La région paraît un peu moins dure, cependant, les mêmes symptômes persistent. Vers midi, le malade crache deux cuillerées de pus mêlé de sang.

13. — La région sus-hyoïdienne est dégonflée.

17. — Petite induration dans la région. — Exeat.

Obs. MXLIX. — *Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne, faisant saillie sous la muqueuse du plancher de la bouche et simulant une grenouillette. Ablation.* — Feiche (Louis) quinze ans, garçon marchand de vin, entre le 24 novembre 1881, n° 78, salle Saint-Augustin. Sujet bien constitué. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a trois ans, sans cause connue, il remarqua dans la région sus-hyoïdienne gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle, indolente. Cette production s'est développée lentement et progressivement, dans les derniers temps le malade a senti sur le plancher de la bouche une saillie correspondant à la tumeur et déterminant une sensation de gêne pendant la phonation et la mastication.

Etat actuel. — La région sus-hyoïdienne gauche est déformée par une tumeur du volume d'un œuf de poule, étendue verticalement du bord inférieur du maxillaire au bord supérieur de l'os hyoïde et transversalement de la ligne médiane à une ligne qui diviserait la glande sous-maxillaire en deux moitiés. La surface est lisse, unie, convexe : peau normale. La tumeur paraît sous-aponévrotique; sa consistance est fluctuante; la muqueuse du plancher de la bouche est soulevée par un prolongement de la tumeur. Ce prolongement, situé à gauche, forme sous la muqueuse une légère saillie de forme ellipsoïde; l'une de ses extrémités est antérieure et voisine de la ligne médiane, l'autre est postéro-externe et se rapproche de la première petite molaire. La muqueuse tendue, amincie, est légèrement décolorée, elle ne présente ni ulcération ni vascularisation anormale. La tumeur offre de ce côté une teinte jaunâtre, sans transparence, qui ferait plutôt penser à un lipôme ou à un kyste sébacé, qu'à un kyste à contenu franchement liquide. L'exploration des canaux de Warthon, par le toucher, ne révèle aucune production calculeuse. Le cathétérisme de ces mêmes canaux avec un crin n'indique aucun obstacle de cette nature. Du côté de la bouche la tumeur est fluctuante comme du côté de la peau. Rien dans les ganglions sous-maxillaire et sus-hyoïdien médian. Etat général satisfaisant.

26 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons, parallèlement au bord inférieur du maxillaire à 1 centimètre, une incision de 4 centimètres. Nous arrivons sur la coque de la tumeur qui est très mince et se rompt malgré nos précautions pour donner issue à environ 80 grammes de matière sébacée mélicérique. Nous disséquons les parois du kyste, ce qui demande un certain temps en

raison de la profondeur du prolongement buccal. — Suture avec six fils métalliques. Drain. Pansement phéniqué.

Pas d'accidents consécutifs, réunion par première intention ; sort guéri le 9 décembre.

Obs. ML. — *Adénite caséeuse de la région sus-hyoïdienne. Extirpation. Guérison.* — Berthe (Maria), vingt et un ans, blanchisseuse, entre le 20 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 50. Mère morte probablement de la poitrine. Porte, depuis 1872, une grosseur du volume d'une noix à la région sus-hyoïdienne. Elle s'est accrue progressivement. A diminué en 1875 et 1876. La malade en a éprouvé par moments quelques légères douleurs. Il y a un an, un médecin a fait deux ou trois fois par semaine des piqûres dans la tumeur. Depuis un mois la malade est soumise, sans effet, à l'huile de foie de morue et aux frictions avec une pommade à l'iodure de potassium.

Etat actuel. — (25 mai). Tumeur occupant la plus grande partie de la région sus-hyoïdienne gauche, elle a le volume d'un œuf de poule de petite grosseur. Mesure 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 4 à 5 dans le sens vertical. Elle est arrondie, dure, mobile sur les parties profondes et sous la peau, si ce n'est à son extrémité postérieure où elle lui adhère un peu. — Opération. Incision horizontale suivant le grand axe de la tumeur : incision verticale tombant perpendiculairement sur la partie moyenne de la première : énucléation facile, avec les doigts en s'aidant de quelques coups de ciseaux. Sutures. Pansement de Lister.

La coupe de la tumeur montre une grosse masse caséeuse, dense, friable, entourée par une enveloppe cellulo-fibreuse.

1er *juin.* — Les fils d'argent sont retirés. Réunion complète.

12. — Le tube à drainage est retiré.

16. — Guérison. Cicatrice presque invisible.

Obs. MLI. — *Ulcère fongueux compliqué de fistules sous-cutanées, situé au-devant du sterno-mastoïdien droit, près de son insertion claviculaire.* — Metge (Etienne), soixante-douze ans, charpentier, entre le 31 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 3. Malade inintelligent : impossible de savoir s'il a eu la syphilis ou d'autres maladies. Il y a un an, une grosseur s'est formée au niveau de l'extrémité inférieure de la région sterno-mastoïdienne droite ; cette grosseur se serait ouverte au bout d'un certain temps que le malade ne peut préciser et aurait donné issue à un liquide purulent.

État actuel. — Au niveau du chef externe du sterno-mastoïdien droit, et vers son extrémité inférieure, est une ulcération occupant toute l'épaisseur de la peau, ayant les dimensions d'une pièce d'un franc, à bords irréguliers, rouges, épais et non indurés, à fond recouvert de bourgeons verdâtres. Une ulcération de même nature et de mêmes dimensions existe dans la fosse sus-claviculaire, à 3 centi-

mètres au-dessus de la clavicule, et à 2 centimètres en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Enfin une ulcération plus petite avec les mêmes caractères existe à 1 centimètre en arrière de la première. — Iodure de potassium 4 grammes par jour.

Une amélioration notable se produit, et le 1er mai les ulcérations avaient diminué de moitié. — 2 grammes d'iodure. — 7 *mai*. Exeat.

Obs. MLII. — *Kystes sébacés en arrière du lobule des deux oreilles. Ablation. Guérison.* — Mongemont (François), vingt-cinq ans et demi, cocher, 27 avril 1881 (externe). Il y a un an apparition de deux petites grosseurs en arrière du lobule de chaque oreille : indolence, augmentation lente de volume.

Actuellement. — Elles ont les dimensions d'une petite noix, et sont symétriquement placées, refoulant légèrement en avant le lobule de l'oreille. Elles sont molles, fluctuantes, sans changement de couleur à la peau, sans adhérence. On constate en outre sur la face postérieure de la conque droite l'existence de deux petites tumeurs analogues ayant les dimensions d'un petit pois. Le long des sterno-cléido-mastoïdiens, plusieurs glandes sébacées sont en train de se transformer en kystes analogues.

27 *avril.* — Ablation des deux kystes. Suture. — Compression. — Guérison en quatre jours.

Obs. MLIII. — *Kyste suppuré du cou. Drainage.* — Lefrançois (Ferdinand), quarante-cinq ans, palefrenier, entre le 17 mai 1882, n° 17, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a vingt-deux ans il remarqua par hasard, au-dessous de l'angle de la mâchoire gauche, une tumeur du volume d'une noisette, arrondie, dure, mobile, sous la peau, indolente. Cette production s'est développée lentement et progressivement sans déterminer ni gêne ni douleurs. Dans les derniers temps son volume était devenu considérable : elle envahissait la région sous-maxillaire et une grande partie de la région sterno-mastoïdienne, lorsque, il y a quinze jours, sans causes connues, elle est devenue le siège d'une poussée aiguë inflammatoire. Ses dimensions se sont notablement accrues : douleurs vives.

État actuel. — Tumeur ayant envahi les régions sous-maxillaire, sus et sous-hyoïdienne et sterno-mastoïdienne, jusqu'à deux travers de doigt de la clavicule : son diamètre transversal est variable suivant les points où on l'examine : dans la partie supérieure il s'étend de la ligne médiane au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; et, à la partie inférieure de la ligne médiane au voisinage du bord antérieur du trapèze. La tumeur est convexe, lisse et unie, sans bosselures. La peau qui la recouvre est tendue et légèrement œdémateuse ; à la partie inférieure, la plus déclive, elle est rouge, érythémateuse, chaude et adhérente à la tumeur. Celle-ci a la consistance des kystes enflam-

més : masse centrale franchement fluctuante et une zone périphérique, pâteuse, œdématiée, indiquant une inflammation très étendue du tissu cellulaire environnant. Cet empâtement empêche de préciser les rapports de la masse morbide avec les parties : faisceau vasculo-nerveux carotidien, pharynx et ganglions. On reconnaît seulement que la tumeur s'étend profondément et est mobile au-devant du squelette du cou. Douleurs spontanées, vives, lancinantes, continues, exagérées par la pression et les mouvements du cou. Insomnie. Gêne de la déglutition et de la respiration. L'amygdale du côté malade est refoulée vers la ligne médiane sans être toutefois enflammée ou hypertrophiée. Rien dans la bouche, le pharynx ou le larynx. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

20 *mai.* — Chloroforme. Au point où la peau est enflammée et où la fluctuation est la plus nette, incision exploratrice : issue de 200 grammes d'un liquide jaunâtre, séro-purulent, granuleux, contenant des débris caséeux, ayant des analogies avec le contenu de certains kystes fœtaux. Nous introduisons alors un gros trocart courbe dans la cavité kystique et nous le dirigeons en haut et en arrière vers la partie moyenne du sterno-mastoïdien, où nous faisons une contre-ponction : tube à drainage.

Jusqu'au 25 mai, la température oscille entre 38°,7 et 39°,4, puis redevient normale. Suppuration abondante.

9 *juin.* — Le malade se promène dans la salle.

20. — Injections iodées.

4 *juillet.* — Sort avec le tube. Suppuration modérée.

Obs. MLIV. — *Torticolis congénital par rétraction du sterno-mastoïdien gauche. Section sous-cutanée des fibres du faisceau sternal. Application d'une minerve.* — Duchesne (Marthe), sept ans, 29 juillet 1882 (externe). Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. A eu pendant l'accouchement une fracture de cuisse qui n'a laissé aucune trace. A son retour de nourrice, à l'âge de un mois, les parents se sont aperçus qu'il existait un torticolis du côté gauche. La déformation étant stationnaire, ils n'y avaient pas attaché d'importance lorsque depuis six mois elle a paru s'accentuer.

État actuel. — Inclinaison vicieuse de la tête du côté gauche; l'oreille est distante de quatre travers de doigt de l'épaule. Rotation de la face en haut et à droite; le menton regarde en avant et à droite. Asymétrie de la face. Le sterno-mastoïdien gauche se dessine sous la peau comme une corde épaisse et dure. La rétraction porte sur les deux faisceaux du muscle, mais particulièrement sur le faisceau sternal qui est plus tendu et plus dur. Pas de déformations osseuses ou articulaires appréciables. Pas d'autres troubles fonctionnels que l'attitude vicieuse et l'impuissance des mouvements du cou.

29 *juillet.* — Pas d'anesthésie. Ténotomie sous-cutanée du chef

sternal, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs : redressement notable. Occlusion de la plaie et nous attendons la réunion pour appliquer une *minerve*. — La petite malade retourne chez elle.

Obs. MLV. — *Adéno-phlegmon sus-claviculaire. Incision.* — Mancorts (Blanche), dix-neuf ans, polisseuse, entre le 3 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 38. Tempérament lymphatique : aucun antécédent strumeux ; réglée très irrégulièrement depuis l'âge de quinze ans. Rien aux poumons. Il y a trois semaines, apparition, sans causes connues, à la partie inférieure du creux sus-claviculaire, d'une petite grosseur qui est restée stationnaire pendant quinze jours ; puis la région est devenue douloureuse, s'est mise à grossir et à rougir, en même temps qu'apparaissaient quelques symptômes généraux. État gastrique, fièvre.

3 *mars*. — Vaste abcès fluctuant occupant toute la partie inférieure du creux sus-claviculaire.

4. — Incision. Issue d'environ 200 grammes de pus. L'abcès est peu large, bridé qu'il est en arrière par le bord du grand dentelé ; mais il est très profond ; la clavicule n'est pas dénudée. Lavage phéniqué. Drain.

5. — Encore quelques douleurs pendant la nuit. Cataplasmes.

6. — Les douleurs ont disparu.

8. — La production de pus est très peu considérable, la cavité de l'abcès est en grande partie comblée. Exeat.

Obs. MLVI. — *Adénite cervicale. Drainage.* — Blanche Morel, dix-neuf ans, plumassière, entre le 18 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 49. Tumeur du cou, dont le développement, spontané, remonte à quatre semaines : occupe le bord antérieur et la face interne du sterno-cléido-mastoïdien droit. Elle est allongée du volume de deux doigts et présente une hauteur de 5 à 6 centimètres environ. A la palpation, bosselures qui paraissent reposer sur de petites collections liquides : pas de fluctuation bien nette. Rien dans le voisinage qui puisse expliquer l'irritation dans des ganglions de cette région. — Iodure de potassium 1 gramme par jour. Nul résultat.

26 *février*. — Un trocart explorateur est poussé dans la tumeur ; on en fait alors sortir un pus très épais, mais de bonne nature. Contre-ponction au niveau de la portion moyenne du muscle sterno-mastoïdien ; drainage ; injections antiseptiques répétées. Issue de pus et de grumeaux calcaires.

7 *mars*. — Encore un peu de suppuration, mais il n'y a plus aucune douleur. Exeat.

Obs. MLVII. — *Abcès du cou. Incision. Guérison.* — Chollet (Alfred), dix-neuf ans, bijoutier, entre le 19 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Scrofule dans l'enfance. Il y a un mois, vers la partie inférieure

du sterno-cléido-mastoïdien droit, un ganglion augmenta de volume et devint douloureux. D'abord mobile et roulant sous le doigt, il adhéra bientôt aux parties voisines, et la peau devint rouge.

État actuel. — A la partie inférieure du sterno-cléido-mastoïdien existe une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse, qui s'étend supérieurement jusqu'à la région hyoïdienne, et dont la partie inférieure est molle et fluctuante. Douleurs très vives. — Incision : issue d'une notable quantité de pus. Cataplasmes.

21 *avril.* — Amélioration notable. L'empâtement et la rougeur ont presque disparu, et, le 27, guérison. Exeat.

Obs. MLVIII. — *Dégénérescence caséeuse des ganglions parotidiens et sterno-mastoïdiens. Ablation.* — Keller (Jean), dix-huit ans, cordonnier, entre le 18 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 74. Mère morte à la suite d'une maladie chronique qui la tint cinq ans au lit. Père phthisique. Scrofule dans l'enfance. Il y a trois ans, apparition dans la région parotidienne gauche d'une tumeur qui, après être restée longtemps stationnaire, a grossi très rapidement, sans déterminer ni gêne ni douleurs. Il y a six mois, des tumeurs analogues se sont développées dans la région sterno-mastoïdienne correspondante et ont évolué brusquement.

État actuel. — Les régions parotidienne et sterno-cléido-mastoïdienne sont déformées par des tumeurs dont les caractères varient avec la région. Le tiers supérieur de la région parotidienne est masqué par une première tumeur qui empiète sur l'apophyse zygomatique ; son volume est celui d'une mandarine, sa forme est arrondie, globuleuse, sa surface est lisse, unie, convexe sans bosselures apparentes, la peau amincie et tendue ne présente ni changement de coloration ni vascularisation anormale. Au toucher elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est au contraire adhérente avec les couches profondes. Sa consistance est solide, mais moins dure que celle du sarcome, elle rappelle plutôt celle des ganglions atteints de dégénérescence caséeuse. On ne sent pas d'autres masses plus petites du côté de la parotide. Dans la région sterno-mastoïdienne, les tumeurs forment deux groupes. Le premier, situé au niveau du bord antérieur du muscle, s'étend verticalement de l'angle de la mâchoire inférieure à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule. Il est formé par une masse irrégulière, bosselée, dont les caractères sont ceux des chapelets ganglionnaires cervicaux des scrofuleux : peau amincie et tendue, mais non adérente. Même consistance que celle de la tumeur parotidienne ; on sent qu'elle se compose de plusieurs ganglions hypertrophiés et agglomérés, dont les uns situés en avant du bord antérieur du muscle, ne sont séparés des téguments que par le paucier, alors que les autres s'enfoncent sous le sterno-cléido-mastoïdien. Ils sont intimement unis aux couches

profondes. Le second groupe est postérieur et situé plus profondément, au-dessous du muscle, sans lien apparent avec le premier ; ses caractères sont sensiblement les mêmes. Rien dans la région sus-claviculaire. Du côté opposé existe un ganglion induré et hypertrophié à la partie moyenne du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, mais beaucoup moins développé. Rien par ailleurs. Toutes les tumeurs sont indolentes et ne déterminent pas de troubles fonctionnels. Anémie profonde, mais pas de lésions viscérales.

23 *avril* 1881. — Chloroforme. Sur la région parotidienne gauche, incision verticale de 3 centimètres. Ablation de la tumeur par notre procédé de morcellement. Ensuite ablation des masses morbides sterno-mastoïdiennes : première incision verticale, longue de 6 centimètres au niveau du bord antérieur du muscle ; énucléation par morcellement, de quatre ganglions dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une mandarine. Nous faisons enfin en arrière du muscle une troisième incision verticale, longue de 2 centimètres ; énucléation de trois ganglions. Nous n'avons intéressé ni les vaisseaux, ni les nerfs, ni les autres organes importants de la région, conservant les enveloppes fibreuses qui séparaient nettement le tissu ganglionnaire dégénéré des tissus voisins. La tumeur parotidienne présentait un prolongement qui s'étendait au-devant du tragus et que nous avons pu enlever sans délabrement. Il nous a de même été possible de poursuivre les prolongements profonds des tumeurs sterno-mastoïdiennes. Drain : sutures et pansement phéniqué compressif.

L'*examen anatomique* des tumeurs démontre que nous avons bien affaire à des masses ganglionnaires atteintes de dégénérescence caséeuse ; au centre ces masses sont ramollies et présentent un aspect puriforme.

Le soir T. = 37°,4. P. = 92.

24 *avril*. — Nuit calme. Ce matin état nauséeux, pas d'appétit. T. m. 37°,6. T. s. 38°,2. P. = 102.

25. — Le malade se trouve bien. Bonne nuit. T. M. 37°,4. P = 93.

Quatre semaines après l'opération, la suppuration est tarie ; les drains sont enlevés et le malade quitte le service avec deux petites plaies insignifiantes.

Obs. MLIX. — *Tumeurs ganglionnaires du cou. Traitement général. Amélioration*. — Thomain (Paul), dix-sept ans, sans profession, entre le 16 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. Sujet scrofuleux.

Actuellement, le long du sterno-cléido-mastoïdien, est un groupe de tumeurs du volume d'une noix, disposées en chapelet. Les tumeurs sont dures, roulantes sous le doigt, peu douloureuses à la pression ; mais lorsqu'on fait incliner la tête sur l'épaule gauche, la pression devient douloureuse. Peau saine. Du côté de l'aine on trouve aussi quelques adénopathies, mais indolentes. Rien aux poumons. —

Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, vin de quinquina. Nourriture fortifiante.

Après un mois de traitement, l'amélioration est très notable, et le 15 juin, il va à la campagne.

Obs. MLX. — *Fongus d'un ganglion sterno-mastoïdien.* — Algère (Jacques), vingt-six ans, charron, entre le 24 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 72. Pas d'hérédité. Ni syphilis ni tuberculose. Scrofule dans l'enfance. A l'âge de dix-neuf ans, abcès ganglionnaires dans les régions sterno-mastoïdiennes. Il y a cinq ans, nouvelle adénite suppurée, à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne droite, et consécutivement ulcération de la peau, suppuration prolongée, et extension du fongus malgré l'emploi continu d'un traitement local et général.

État actuel. — Au centre du tiers supérieur de la région sterno-mastoïdienne droite, existe une ulcération irrégulièrement circulaire de 3 centimètres et demi de diamètre. Les bords sont formés par la peau amincie et décollée ; le centre est constitué par une tumeur fongueuse, d'aspect framboisé, à surface rouge, ocreuse, composée de gros bourgeons charnus, mollasses et saignants. Le stylet passe facilement entre le fongus et les téguments ; il montre que le décollement de celui-ci s'étend à un demi-centimètre des bords de l'ulcération. Au pourtour l'épiderme est ramolli et comme macéré, la peau rouge, vineuse, œdematiée dans une étendue égale à la largeur de la paume de la main. La tumeur elle-même est formée de deux masses superficielles, la supérieure répond au fongus et fait corps avec lui, l'inférieure, du volume d'un œuf de pigeon, en est séparée par un intervalle de 2 centimètres ; consistance lardacée. Pas de symptômes de compression vasculaire ou nerveuse. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général peu satisfaisant.

6 *mai* 1882. — Chloroforme. — Incision oblique de 5 centimètres, ablation du premier ganglion par le procédé de morcellement, du centre à la périphérie, de manière à ménager tous les organes importants. Par la même voie nous enlevons le second ganglion malade. Raclage des prolongements fistuleux. Trois points de suture. Pansement phéniqué à plat.

12. — On enlève les fils d'argent. Pansement au vin aromatique.

13. — Cautérisation au nitrate d'argent.

18. — La plaie n'a qu'un centimètre et demi de long sur quelques millimètres de large. Exeat.

Obs. MLXI. — *Epithélioma ulcéré des régions mastoïdienne et auriculaire.* — Julia Marin, cinquante-deux ans, maraîchère, entre le 20 juin, salle Sainte-Marthe, n° 55. Bonne santé habituelle. Depuis l'âge de dix-huit ans, écoulement chronique par l'oreille droite. En

février dernier ont apparu deux petites grosseurs dans la région mastoïdienne; développement rapide, surtout depuis deux mois. Ulcération de la tumeur depuis quatre mois.

Actuellement, vaste tumeur ulcérée qui occupe la région parotidienne, le conduit auditif externe, qui est largement ouvert et au fond duquel on aperçoit sourdre une suppuration grisâtre avec écoulement d'un ichor fétide, occupant aussi toute la région mastoïdienne. A ce niveau la tumeur a des bords en bourrelets très nets et circonscrivant une ulcération de forme ovalaire. Le centre de la tumeur se creuse un chemin qui semble communiquer avec l'oreille moyenne. Suppuration abondante et fétide. Pas d'adénopathie de la région voisine; souffrances vives. — Traitement général reconstituant. Pansement au vin aromatique. — Quelque temps après, exeat sur sa demande.

Obs. MLXII. — *Carcinome du cou. Généralisation* (Pièce moulée et déposée au n° 514 de notre collection du musée Saint-Louis). — Maria Pacton, vingt-trois ans, entre le 19 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 50. Pas d'hérédité. Bonne santé. A eu un enfant il y a deux mois. C'est au début de sa grossesse que se développa sa tumeur cervicale. Peu volumineuse à ce moment et traitée par des badigeonnages iodés, elle ne commença à grossir qu'après l'accouchement; très douloureuse dès le début.

État actuel. — Tuméfaction considérable de la région sterno-mastoïdienne droite. Deux champignons rougeâtres, volumineux, couverts d'une sanie fétide, occupant la face externe de cette région.

Il est assez difficile de délimiter exactement le siège du néoplasme. S'il fait en dehors du muscle une saillie, évidente en effet, il est non moins certain qu'il occupe sa face interne, car l'exploration du bord antérieur du sterno-mastoïdien nous montre qu'une autre tumeur considérable émerge de sa face interne. La tête se penche du côté de l'épaule gauche. L'état organique paraît très mauvais.

25 *mars.* — Au niveau de la deuxième molaire supérieure gauche extirpée depuis longtemps, apparaît un petit bourgeon sanieux, très sensible et probablement de nature cancéreuse.

28. — Vomissement hématique. Aucune tumeur stomacale appréciable. Les fonctions digestives s'accomplissent de plus en plus difficilement. — Pas d'intervention possible. — Exeat le 31.

Obs. MLXIII. — *Plaie du cou. Guérison.* — Prunier (Léopold), trente-quatre ans, marchand des quatre saisons. Entre le 7 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 18. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé en général. Souvent abus alcooliques. Depuis quelques semaines, délire des persécutions. Hier, étant couché avec sa femme, il lui sembla que son voisin l'appelait pour l'assassiner et voulut se jeter par la fenêtre, sa femme le retint. Quelques instants après, il se

lève de nouveau et, saisissant son rasoir, il s'en porta un coup au niveau du cou. Transporté immédiatement à Saint-Louis.

État actuel. — Plaie transversale de 4 à 5 centimètres de longueur au niveau du cartilage cricoïde, plaie peu profonde, ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Pas d'hémorrhagie. Grande agitation du malade, dont la parole est brève et saccadée, les lèvres et les mains tremblantes. — Lavage de la plaie avec une solution phéniquée au quarantième : serres-fines. Pansement phéniqué.

L'agitation diminue peu à peu. Peu de suppuration. — Malade sort le 23 décembre, guéri, avec une légère cicatrice.

Obs. MLXIV. — *Hygroma de la bourse séreuse thyro-hyoïdienne,* — P. (Edmond), quarante-six ans, entre le 16 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 9. (Cette observation sera publiée dans une leçon du tome VIII sur les kystes de cette région.)

Obs. MLXV. — *Kyste pré-thyroïdien.* — X..., trente-six ans, entre en mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 44. (Cette observation sera publiée dans une leçon du tome VIII sur les kystes de cette région.)

Obs. MLXVI. — *Tumeur du corps thyroïde. Ablation par le bistouri.* — Mamet (Rosa), vingt-sept ans, entre le 25 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 51. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans, elle remarqua à la partie gauche du cou, au niveau du lobe correspondant du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une noisette dure, solide, mobile sous la peau. Cette tumeur a été, dès le début, le siège de douleurs lancinantes qui ont persisté pendant l'accroissement de la masse morbide et n'ont disparu qu'il y a cinq mois. Deux ponctions n'ont donné issue qu'à quelques gouttes de sang et l'injection iodée consécutive est restée sans résultat. Il y a quatre mois, des phénomènes de compression nerveuse et vasculaire, de la dyspnée, sont venus compliquer l'état de la malade et ont persisté pendant quinze jours.

Etat actuel. — Les régions antérieure et latérales du cou sont déformées par une tumeur composée de deux lobes. L'un, gauche, beaucoup plus important, a le volume d'une grosse orange, il marque la moitié correspondante de la trachée et s'étend dans la région sterno-mastoïdienne en s'engageant sous le bord antérieur du muscle qu'il soulève tout en le refoulant en dehors ; dans le sens vertical il descend de la partie moyenne du cartilage thyroïde jusqu'à un travers de doigt de la clavicule ; sa forme est globuleuse, sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. Le lobe droit, moins saillant, est aplati, discoïde, de la grandeur de la paume de la main d'un adulte ; comme le précédent, il s'engage sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien correspondant, mais ce muscle est moins refoulé que du côté opposé ; il reste distant de la clavicule de trois travers de doigt. Les deux parties de la tumeur sont réunies sur la ligne mé-

diane par le lobe médian du corps thyroïde, hypertrophié et déformé. La peau n'a subi aucune altération appréciable. Au toucher, elle est complètement mobile à la surface de la tumeur; la consistance de cette dernière n'est pas uniforme. La partie gauche est dure, solide, de consistance fibreuse, alors que la portion droite est plus molle et faussement fluctuante. La tumeur adhère intimement par sa face profonde à la trachée, mais elle paraît indépendante des organes voisins. C'est ainsi que les sterno-mastoïdiens se contractent librement à sa surface, sans l'entraîner dans leurs mouvements. La tumeur se soulève en masse pendant les mouvements de déglutition. Indolence : gêne de la déglutition et de la respiration ; cornage. Une pression légère sur la tumeur détermine un accès de suffocation. Rien du côté du thorax et de l'abdomen. Anémie, émaciation.

21 *mai*. — Chloroforme. Incision verticale et médiane longue de 8 centimètres et comprenant du même coup la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose superficielle; puis incision de la tumeur sur la ligne médiane, et nous attaquons successivement ses deux moitiés par voie de morcellement en commençant par la droite. Ce procédé nous permet d'éviter tout délabrement et toute effusion sanguine, en ménageant jusqu'à la fin la coque fibreuse qui enveloppe la tumeur et la sépare des tissus voisins. En approchant du faisceau vasculo-nerveux de la région nous sommes obligé de redoubler de précaution parce que la tumeur est accolée à l'artère carotide primitive et à la veine jugulaire et que, pour l'en séparer complètement, il nous faut sectionner quelques tractus celluleux qui se continuent avec la gaine de ce vaisseau. L'isolement est beaucoup plus facile du côté du sterno-mastoïdien, qui ne contracte pas d'adhérences avec la tumeur. Après avoir enlevé toute la portion gauche, nous procédons, avec les mêmes soins et le même succès, à l'ablation de la portion droite. Vingt pinces hémostatiques sont laissées en place pendant une heure. Ligatures au catgut. Drain. Six points de suture métallique profonds et dix points superficiels. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Coupe. — La tumeur est composée d'une trame dure, fibreuse, grisâtre, circonscrivant des aréoles dont les unes sont remplies par un tissu rougeâtre, mou, très vasculaire et les autres par une trame solide infiltrée.

Le troisième jour, suppuration abondante, légèrement fétide. Le pus paraît s'accumuler sur les côtés, là où étaient les lobes latéraux de la tumeur. — Les pansements sont renouvelés quatre fois par jour, et à chaque pansement des pressions sont méthodiquement exercées sur les côtés du cou et d'arrière en avant, de façon à évacuer le pus accumulé. Une compression est toujours exercée sur les côtés du cou avec des tampons de gaze phéniquée.

Le septième jour, la suppuration a moins d'odeur que les jours précédents, mais elle est très abondante. Le pus s'accumule moins dans le cul-de-sac gauche, mais le cul-de-sac droit se vide mal, et la pression sur la partie latérale droite du cou fait sortir une grande quantité de pus par la partie inférieure de l'incision.

A l'aide d'un trocart, un tube à drainage est passé dans ce cul-de-sac droit et ressort sur la partie latérale droite du cou.

1er *juin.* — Le pus est bien lié, inodore. Les sutures supérieures sont retirées; sutures sèches. — Mêmes pansements quatre fois par jour.

3. — On enlève les autres sutures : bandelettes collodionnées.

7. — La suppuration est bien moins abondante. Le cul-de-sac gauche paraît comblé; la pression de ce côté du cou ne fait plus sortir de pus; il n'en est pas de même à droite.

15. — Le cul-de-sac droit paraît comblé. Le tube est retiré.

30. — La cicatrisation profonde est complète; il n'y a plus que le trajet du tube à drainage qui est serré par des bourgeons charnus que l'on cautérise. On permet à la malade de prendre des oreillers.

6 *juillet.* — La malade se lève.

16. — La malade sort, gardant toujours le tube à drainage qui passe au côté droit du cou et qui ne sera retiré que lorsque les bourgeons charnus qui sont à ses orifices d'entrée et de sortie seront cicatrisés.

Obs. MLXVII. — *Goitre kystique bilatéral traité par le drainage. Récidive sous forme hypertrophique.* — Gosset (Anaïs), vingt-sept ans, lingère, entre le 21 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 44. Le père et la mère, originaires de Saint-Valery, n'ont pas de goitre. Ils ont quatre filles : la première, née à Saint-Valery, et la deuxième, née à Montdidier, n'ont pas non plus d'hypertrophie du corps thyroïde. La troisième, née à Montdidier, a un goitre depuis l'âge de dix-sept ans; enfin la quatrième est cette malade. Cette affection est assez fréquente à Montdidier. Scrofule dans l'enfance. Réglée à seize ans, irrégulièrement ; anémie. En 1880, névralgie crurale; en 1881, névralgie sciatique qui dure sept semaines.

A l'âge de seize ans, le corps thyroïde a commencé à augmenter de volume. L'accroissement a été très lent; cependant, à la fin de 1880, la malade éprouvait de la gêne, une sensation de constriction quand elle se baisse ou fait un effort. Le 29 décembre 1880, nous traversâmes la tumeur avec un trocart courbe dont nous laissâmes la canule en place pendant six jours; puis on remplaça celle-ci par un tube en caoutchouc qui ne fut enlevé qu'au bout de six mois. La malade était restée trois mois à l'hôpital; le corps thyroïde avait suppuré abondamment et la tumeur se trouvait réduite des deux tiers. Depuis huit mois, elle a de nouveau augmenté de volume.

Actuellement. — Elle a 7 centimètres de diamètre. En bas elle

répond au sternum; à droite elle dépasse à peine la ligne médiane : l'hypertrophie porte donc presque uniquement sur le lobe gauche du corps thyroïde. La tumeur, qui n'est adhérente à la peau qu'au niveau des cicatrices du drain, est adhérente aux parties profondes et se meut avec le larynx dans les mouvements de déglutition. Elle est ferme, solide, sans expansion ni battements; cependant la malade dit y ressentir parfois des battements qu'elle compare à ceux du cœur, et, par intervalles, des élancements douloureux dans la partie gauche. Il n'y a ni dyspnée ni gêne de la déglutition; de temps à autre la voix est un peu voilée. Il n'y a pas d'exophthalmie; les yeux sont devenus myopes (la malade travaille constamment à l'aiguille); les pupilles sont égales et dilatées. Il n'y a pas lieu pour le moment d'intervenir. Exeat le 11 mars.

Obs. MLXVIII. — *Kyste développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde, traité sans succès par les badigeonnages de teinture d'iode. Ponction et drainage avec le trocart du Dr Fauvel. Injections iodées.* — Grimm (Marie), cinquante-cinq ans, journalière, entre le 12 novembre 1881, n° 55, salle Sainte-Marthe. Née en Alsace, habite Paris depuis 1846. Pas d'hérédité. Le goitre est inconnu dans la localité où elle est née. Pas d'antécédents diathésiques. Il y a quatre ans, elle remarqua sur la partie antéro-latérale droite du cou, au niveau du corps thyroïde, une tumeur indolente, mollasse, plus appréciable au toucher qu'à la vue. Cette production s'est développée par poussées séparées par des intervalles de repos. Les badigeonnages de teinture d'iode sur la tumeur et le traitement interne ioduré n'ont pas entravé ses progrès. Dans les derniers temps elle a occasionné des troubles fonctionnels : gêne de la respiration et de la déglutition.

État actuel. — La partie droite de la région sous-hyoïdienne est déformée par une tumeur arrondie, globuleuse, du volume d'une orange, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes, répondant au lobe droit du corps thyroïde. La peau qui la recouvre ne présente d'autre altération que de la rougeur érythémateuse et de la desquamation épithéliale dues à des applications iodées. Pas d'œdème inflammatoire, pas de vascularisation anormale; les veines jugulaires antérieure et externe ne sont pas apparentes. La tumeur suit les mouvements d'ascension et de descente du larynx et de la trachée. Ces organes sont légèrement déviés à gauche. Au toucher les téguments sont mobiles à la surface de la masse morbide, celle-ci, adhérente aux couches profondes, est située au-dessous des muscles sterno- et cléido-hyoïdiens qui se contractent à sa surface. Elle est manifestement développée aux dépens du lobe droit du corps thyroïde et n'envoie pas de prolongements du côté du faisceau vasculo-nerveux de la région. Fluctuation manifeste. Rien dans les ganglions cervicaux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. Rien

du côté du cœur et des globes oculaires. État général satisfaisant.

12 *novembre.* — Chloroforme. Après avoir tracé au crayon dermographique la direction des veines jugulaires antérieure et externe, ainsi que les points d'entrée et de sortie de l'instrument, nous traversons la tumeur de part en part avec le trocart du Dr Fauvel, en le dirigeant obliquement de bas en haut et de gauche à droite. Nous enlevons momentanément le bouchon qui ferme la canule et nous voyons s'échapper un liquide séro-sanguin, fortement coloré et émaillé de nombreux cristaux de cholestérine. — Le diagnostic se trouve ainsi confirmé. — Nous replaçons le bouchon et nous substituons à la pointe du trocart un embout mousse. La canule fermée est ainsi laissée à demeure dans la plaie.

14. — Pas de réaction fébrile. État général et local satisfaisant. Nous faisons dans la canule des lavages détersifs. De même les jours suivants. Pas de fièvre, bon appétit. Mouvements du cou un peu gênés. Peu d'inflammation.

18. — La tumeur est à peine appréciable. Il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente lorsque l'on débouche la canule pour faire les injections. — On remplace la solution phéniquée par de la teinture d'iode pure. Peu de douleurs.

21. — La canule métallique est remplacée par un drain en caoutchouc. La tumeur a presque disparu. — Injection de teinture d'iode. — Après les injections, toute la région antérieure du cou est recouverte de compresses phéniquées.

6 *décembre.* — Part avec son drain. — Elle revient à la fin du mois de décembre, s'étant soignée chez elle, mais ayant ôté le drain la veille. Il reste un trajet fistuleux inférieur donnant issue à du pus grumeleux. La région n'est que peu saillante, et si la guérison n'est pas complète, l'amélioration du moins est notable. — Badigeonnages de teinture d'iode. Iodure de potassium.

Obs. MLXIX. — *Phthisie laryngée. Infiltration œdémateuse des cordes vocales. Accès de suffocation. Trachéotomie.* — Lemoine (Léontine), quarante et un ans, lingère, entre le 18 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. Depuis 1870, tuberculose pulmonaire et depuis deux ans signes de phthisie laryngée : dans ces derniers temps, la dyspnée est devenue extrême et des accès de suffocation plongent à tout moment la malade dans un état d'asphyxie imminente. En présence de ces accidents, le Dr Poyet nous adresse la malade pour que nous pratiquions la trachéotomie.

22 *juillet.* — Pas d'anesthésie, nous pratiquons l'opération suivant notre procédé habituel. Pour cela nous incisons couche par couche la peau et les aponévroses entre les deux plans musculaires qui recouvrent la trachée, en ayant soin de placer des pinces hémostatiques sur les vaisseaux à mesure que nous les sectionnons. Nous

relevons le lobe médian de la thyroïde afin de découvrir le cartilage cricoïde, et nous incisons ce cartilage ainsi que le premier anneau de la trachée. Grâce à notre mandrin conducteur canaliculé, introduction facile de la canule.

La dyspnée cesse, et quatre jours après, exeat.

Obs. MLXX. — *Phthisie laryngée. Accès de suffocation. Trachéotomie.* — Bleneau (Eugénie), quarante-neuf ans, sage-femme, entre le 17 décembre 1881, n° 37, salle Sainte-Marthe. Tuberculeuse envoyée par le Dr Fauvel.

État actuel. — L'examen laryngoscopique démontre l'existence d'ulcérations tuberculeuses. Il existe un œdème des cordes vocales inférieures qui détermine une sténose considérable de l'orifice inférieur de l'espace glottique. Dyspnée extrême, accès de suffocation très rapprochés, menace imminente d'asphyxie. Pas de chloroforme. Position habituelle : nous traçons nos points de repère au crayon dermographique. Trachéotomie suivant notre procédé habituel. De grosses veines saisies avec des pinces sont écartées du champ de l'opération. Tous les vaisseaux coupés sont immédiatement pincés. Le lobe médian du corps thyroïde est très volumineux et recouvert par une veine énorme. Nous écartons cette veine avec des pinces de même que les jugulaires, mais nous sommes obligé d'inciser en partie le corps thyroïde qui masque le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée. Une artère crico-thyroïdienne plus volumineuse qu'à l'état normal donnerait beaucoup de sang si nous ne la saisissions immédiatement avec des pinces. Introduction aisée de la canule.

18 *décembre.* — Nuit bonne. Respiration facile. — Sort le 22, avec sa canule, se trouvant bien.

Obs. MLXXI. — *Laryngite tuberculeuse. Trachéotomie.* — Lafosse (Joseph), cinquante et un ans, chauffeur, entre le 26 février 1881, n° 77, salle Saint-Augustin. Tuberculose remontant à quinze mois. Dans ces trois derniers mois la respiration est devenue gênée, sifflante, et il y a eu plusieurs hémoptysies. La nuit le sommeil est rendu impossible par crainte de suffocation.

A l'entrée. — Aspect cachectique. Respiration sifflante, il y a même du cornage par instants : voix basse et pénible. Le larynx est englobé dans une masse ganglionnaire du volume d'une orange environ, arrondie, un peu irrégulière, au milieu de laquelle il est assez difficile à retrouver. Cette masse s'étend sur les côtés au-dessous des deux sterno-mastoïdiens ; elle est dure, mobile sur les côtés et suivant le larynx de haut en bas dans les mouvements de déglutition.

L'*examen laryngoscopique* pratiqué par le Dr Fauvel montre la muqueuse partout fort épaissie, hyperhémiée. Il existe sur la corde vocale supérieure droite une tumeur rouge, due fort probablement à

un abcès. La glotte est fort rétrécie, et le malade est menacé de suffocation. La respiration s'accomplit difficilement dans ses deux temps, mais surtout l'inspiration; il y a du cornage.

10. — Apparition de deux petits ganglions sus-hyoïdiens.

19. — Trachéotomie au bistouri, sans anesthésie. Nous trouvons difficilement la trachée au milieu de la masse des ganglions hypertrophiés. Enfin la canule peut être introduite : d'abord difficilement supportée, elle finit par l'être mieux.

20. — Le lendemain le malade respire plus librement, il a pu dormir un peu. — Les jours suivants, le malade se trouve beaucoup soulagé. — Exeat le 26, avec des forces revenues en partie. Depuis, nous avons su que l'amélioration s'était encore accentuée.

Obs. MLXXII. — *Tuberculose laryngée. Œdème glottique.* — Boucheron (Louise), cinquante et un ans, fruitière, entre le 23 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 40. Tuberculose pulmonaire depuis deux ans; de plus extinction très accentuée de la voix, qui devient à peu près complète sous l'influence des émotions; sifflement laryngé, et quelquefois de véritables accès de dyspnée avec tirage. Le jour de son entrée, la malade a un de ces accès qui dure quelques heures, sans que la gêne de la respiration aille jusqu'à produire des symptômes d'asphyxie. A aucun moment il n'y a eu de douleurs notables ni d'élancements.

Actuellement. — De chaque côté du cou, on sent des ganglions engorgés, petits, assez durs, roulant sous le doigt, qui occupent le creux sus-claviculaire, la région sterno-mastoïdienne et la région cervicale postérieure. Au dire de la malade, ils auraient été autrefois plus volumineux.

Examen laryngoscopique. — Sur les parties latérales de l'épiglotte, surtout à gauche, sont des granulations, des irrégularités, des ulcérations fongueuses; les cordes vocales sont intactes, sauf au niveau de leur insertion à l'aryténoïde; là, chacune d'elles est le siège d'une petite ulcération. Rien à l'épiglotte.

25 *février.* — L'œdème glottique a disparu : la respiration, quoique un peu gênée, est beaucoup plus facile. Exeat de la malade sur sa demande.

Obs. MLXXIII. — *Sarcome du larynx. Accès de suffocation. Trachéotomie.* — Lignereux (François), soixante-quatre ans, taillandier, entre le 24 mars 1882, n° 6, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Depuis six mois, sans causes connues, enrouement. Il y a trois semaines, il commença à éprouver, dans la moitié gauche du larynx, des douleurs assez fortes pour l'empêcher de dormir. Depuis ce moment, toux continuelle. Cornage. Accès de suffocation pendant la nuit.

État actuel. — Pas de déformation appréciable à l'extérieur, à la vue ou au toucher. L'examen laryngoscopique montre que la moitié gauche de l'espace glottique est le siège d'une tumeur rosée, un peu bourgeonnante. Le Dr Fauvel pense qu'il s'agit d'un sarcome embryoplastique. Rien dans les ganglions. Les accidents graves du côté de la respiration indiquent impérieusement la trachéotomie.

24 *mars*. — Pas d'anesthésie. Trachéotomie suivant notre procédé habituel : nous sommes obligé de sectionner une partie de l'isthme thyroïdien. Introduction facile de la canule.

Aucun accident consécutif, sort le 6 avril.

Obs. MLXXIV. — *Épithélioma du sinus glosso-épiglottique; rétrécissement du larynx. Accès de suffocation. Trachéotomie.* — Gauthier (Émile), cinquante ans, concierge, entre le 28 octobre 1882, n° 25, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle.

Il y a quatre mois, gêne de la déglutition, sensation d'une boule siégeant à la partie droite du larynx. Douleurs irradiées à l'oreille droite exagérées par les mouvements de déglutition. Peu à peu il fut réduit à se nourrir d'alimentsliquides. Il y a un mois il a craché pour la première fois du sang mélangé de pus. Depuis ce moment, toux fréquente, et accès de suffocation. Le Dr Fauvel, à l'examen laryngoscopique, constate la présence d'une tumeur siégeant dans le sinus glosso-épiglottique droit, du volume d'une noisette, à surface ulcérée, rouge, saignante, végétante. L'épiglotte est refoulée à gauche. Il existe un rétrécissement de l'orifice supérieur du larynx qui empêche de voir les cordes vocales. Les accès de suffocation avec menace d'asphyxie décident le malade à subir la trachéotomie : il nous est envoyé.

28 *octobre*. — Pas d'anesthésie, nous pratiquons cette opération suivant notre procédé habituel et sans incidents.

Pas d'accidents consécutifs. Sort au bout de six jours.

Obs. MLXXV. — *Épithélioma du larynx. Trachéotomie.* — Guéret (Emile), cinquante-deux ans, limonadier, entre le 28 décembre 1882, n° 18, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Syphilis il y a quinze ans. Pas d'accidents syphilitiques tertiaires. Il y a dix-huit mois, la voix devint rauque, discordante, puis survint une gêne progressive de la respiration. un médecin prescrivit l'iodure de potassium à hautes doses, sans résultat. Le malade alla ensuite dans un service de laryngoscopie, à l'hôpital, ou l'on pratiqua le raclage du larynx. A partir de ce moment survinrent des accès répétés de suffocation et de dyspnée. le Dr Fauvel consulté reconnaît un épithélioma du larynx étendu à toute la glotte et nous l'envoie pour que nous fassions la trachéotomie.

30 *décembre.* — Pas d'anesthésie. Trachéotomie suivant notre procédé habituel : à plusieurs reprises nous avons entendu de légers sifflements qui semblaient dus à la pénétration de l'air dans les veines. Il n'en est pas résulté de troubles. — Pas d'accidents consécutifs ; sort le troisième jour.

Obs. MLXXVI. — *Épithélioma du larynx. Accès de suffocation.* — Barbedienne (Amélie), cinquante-deux ans, ménagère, entre le 19 mai 1882, n° 49, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité ; pas d'antécédents pathologiques ; forte constitution. Il y a dix mois, sans causes connues, tuméfaction et induration de la face latérale gauche du cou au niveau du cartilage thyroïde, ces phénomènes se sont accentués progressivement. Il y a un mois, douleurs lancinantes dans le larynx : raucité de la voix, aphonie intermittente, gêne de la déglutition. Dans les derniers temps, l'aphonie est devenue persistante, la dyspnée a augmenté, il existe du cornage et parfois des accès de suffocation. Le Dr Fauvel, ayant constaté l'existence d'un épithélioma développé sur les cordes vocales gauches, nous envoie la malade pour que nous pratiquions la trachéotomie.

20 *mai.* — Pas d'anesthésie. Trachéotomie suivant notre procédé habituel, sans difficultés. — Pas d'accidents consécutifs. Sort le huitième jour.

Obs. MLXXVII. — *Cancer de l'œsophage et du larynx. Trachéotomie.* — Brégère (Léonard), quarante-six ans, peintre, entre le 18 avril 1882, n° 19, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Syphilis à vingt-cinq ans. Saturnisme. Il y a cinq mois les ganglions sterno-mastoïdiens gauches se sont hypertrophiés en devenant durs et douloureux. Gêne considérable de la déglutition. Il y a quinze jours il a commencé à cracher du sang, en même temps il a éprouvé de vives douleurs dans l'oreille gauche, de la dyspnée et des accès de suffocation.

Le Dr Fauvel a reconnu un épithélioma de la portion supérieure gauche de l'œsophage, propagé à la partie correspondante du larynx et arrivé à la période d'ulcération, et nous adresse le malade pour que nous pratiquions la trachéotomie.

22 *avril.* — Pas d'anesthésie. Trachéotomie suivant notre procédé habituel.

Pendant la journée du 22 et du 23 avril, le malade respire très bien et se trouve très satisfait de l'opération.

24. — La canule a de la tendance à sortir. Il semble qu'elle soit trop courte.

25. — Le malade parle et respire en partie par la bouche alors que la canule paraît être dans la trachée. Expectoration par la bouche d'une notable quantité de mucosités bronchiques.

27. — La canule est sortie : nous la remettons. Amélioration.

29. — Dyspnée. La canule se déplace. On est obligé de la fixer plusieurs fois par jour.

30. — Dyspnée plus grande.

3 *mai.* — Le malade demande à sortir.

Obs. MLXXVIII. — *Épithélioma du larynx. Œdème de la glotte. Trachéotomie.* — Bon, quarante et un ans, lingère, entre le 17 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 50. Pas d'hérédité. En 1870, pleurésie double et bronchite aiguë. Depuis cette époque, est très sujette aux bronchites : accès de suffocation. Il y a deux ans, enrouement et une gêne de la déglutition; puis aphonie complète il y a un an.

Actuellement. — Pas de douleurs, mais lors de marche ou d'effort, petits accès de dyspnée, parfois des accès de suffocation. L'état général de la malade est bon. L'auscultation ne révèle aucun signe particulier. L'examen du laryngoscope révèle tous les caractères d'un épithélioma du larynx.

22 *juillet.* — Trachéotomie suivant notre procédé.

29. — Soulagement immédiat. Bien-être réel, qui se maintient. — Exeat le 12 août.

Obs. MLXXIX. — *Epithélioma laryngé. Trachéotomie.* — Jeanne Guériot, cinquante-deux ans, journalière, entre le 18 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 49. Bonne santé habituelle. Il y a dix mois, commença à souffrir du larynx : gonflement du cou et douleur dans la déglutition. Au bout d'un mois la voix commença à se perdre, et depuis ce temps, aphonie. La respiration est également gênée et entrecoupée de sifflements aigus qui fatiguent beaucoup la malade.

Actuellement. — Douleur dans la gorge : à peine un peu de toux. Le cou n'a pas augmenté de volume : par instants, accès de dyspnée. L'examen laryngoscopique, fait par le Dr Fauvel, dénote des végétations de nature cancéreuse à tendance envahissante.

20 *mai.* — Trachéotomie. — Huit jours se passent, pendant lesquels la malade respire avec calme et n'a plus ses accès de dyspnée. Exeat.

Obs. MLXXX. — *Anthrax du cou. Incision cruciale. Guérison.* — Rialand (Jean-Marie), quarante-trois ans, ajusteur, entre le 7 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 5 *bis.* Depuis plusieurs jours, il ressent des élancements dans la partie postérieure du cou, et il a remarqué un gros bouton : il y a trois jours, les élancements se sont changés en douleurs excessivement aiguës ; le moindre mouvement les exagère : fièvre, insomnie.

État actuel. — Sur la nuque, bouton du volume d'une grosse aveline. Les parties voisines sont le siège d'une rougeur et d'un empâtement très marqué. Les douleurs spontanées sont extrêmement vives et sont encore augmentées par la pression. Fièvre, diarrhée. — Cataplasmes.

Le quatrième jour après l'entrée, incision cruciale profonde. Introduction d'une mèche de charpie imbibée d'eau phéniquée au quarantième. — Les douleurs cessent peu à peu, et la guérison est complète le vingt-deuxième jour. — Sortie le 19 novembre.

Obs. MLXXXI. — *Lipome de la nuque. Opération par morcellement. Guérison.* — Rodriguez (Joseph), employé de commerce, quarante-neuf ans, entre le 9 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 12. Pas d'antécédents héréditaires. Toujours bien portant. Il y a sept ans, furoncle volumineux à la partie inférieure de la nuque; depuis il a toujours un peu souffert à cet endroit. Il y a quatre ou cinq ans, il s'aperçut qu'une tumeur survenait au même endroit. Elle grossit peu à peu.

A l'entrée. — Lipome de la région inférieure de la nuque, classique comme symptômes, du volume d'un gros œuf de poule, assez peu mobile.

12 *août.* — Anesthésie. Incision médiane oblique en bas et à droite. Le lipome est divisé du même coup en entier. Chaque moitié est énucléée assez facilement bien qu'il y ait un petit prolongement entre les muscles de la nuque. — Drain. Six sutures métalliques. Pansement phéniqué.

16. — On enlève les sutures. Guérison le 3.

Obs. MLXXXII. — *Lipomes multiples. Ablation des plus volumineux. Hydrocèle. Ponction.* (Pièce moulée et déposée au n° 515 de notre collection du musée de Saint-Louis). — Chauvy (Gustave), trente-neuf ans, plombier, entre le 26 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 1. Pas d'hérédité. Bonne santé. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme. Il y a quinze ans, développement d'un premier lipome à la partie externe du poignet gauche constitué comme ceux qui sont apparus depuis par une tumeur molle, irrégulière, bosselée, parfois douloureuse, sans changement de coloration à la peau. Puis peu à peu le reste du corps a été envahi. Gêné par deux lipomes qui occupaient le coude droit et le cou, le malade en a fait pratiquer l'ablation il y a quatre ans.

Actuellement. — *Face.* Les tumeurs sont nombreuses, mais petites. Elles ont l'air de grosses verrues. *Tronc.* Nombre considérable de lipomes. Trois d'entre eux atteignent le volume d'un œuf. Des lipomes se sont développés le long du cordon spermatique droit et ont déterminé une hydrocèle par compression. De nombreuses tumeurs occupent encore les membres supérieurs. — Opération des trois plus volumineux lipomes. — Ponction de l'hydrocèle. — Iodure de potassium à l'intérieur.

Guérison des petites plaies. État stationnaire par ailleurs. Exeat le 18 juin.

§ III

Tronc.

A. — Thorax.

Nous ne pouvons nous empêcher de signaler l'observation MLXXXIX, à cause de sa rareté. Elle se rapporte à un malade atteint d'un abcès froid idiopathique développé dans la région mammaire, consécutivement à un traumatisme. Elle est surtout intéressante à cause du siège et de la forme de la tumeur, qui rappelaient une mamelle de jeune fille à l'âge de la puberté. Le diagnostic n'était pas sans présenter quelques difficultés. Toutefois un caractère important était fourni par la consistance de la tumeur. Les tumeurs liquides de cette région peuvent être des abcès ou des kystes, ces derniers pouvant se développer dans la bourse séreuse sous-pectorale ou sous-mammaire, mais ces faits sont absolument exceptionnels chez l'homme, où il ne se produit que peu de mouvements par suite de la petitesse de l'organe. Il faut toujours penser aux kystes hydatiques, mais ce ne sont pas non plus les tumeurs les plus fréquentes. Il n'en est pas de même des abcès froids que l'on rencontre souvent sur les parois thoraciques et qui tantôt sont idiopathiques, tantôt se lient à une lésion osseuse. Ils peuvent évidemment se développer en un point quelconque, toutefois il est rare de les voir occuper exactement l'emplacement du sein. Malgré cette disposition particulière, nous n'hésitâmes pas à porter ce diagnostic, et la ponction exploratrice vint confirmer nos prévisions.

Obs. MLXXXIII. — *Abcès froid sous-claviculaire. Drainage.* — Baton (Madeleine), trente-trois ans, modiste, entre le 26 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 44. A un frère qui tousse depuis longtemps et deux autres qui sont morts poitrinaires. Tempérament nerveux; menstruation irrégulière; existence agitée. Pas de syphilis avouée. Il y a trois ans, sans cause connue, elle vit pousser dans l'aisselle gauche une glande qui suppura et s'ouvrit dix-huit mois seu-

lement après : troubles digestifs, amaigrissement rapide, toux pendant deux mois. Apparition, il y a deux mois, au niveau de la clavicule gauche, d'une tuméfaction assez étendue, sans rougeur de la peau et sans fièvre, mais avec des douleurs assez vives. Actuellement encore, il existe des élancements douloureux, plus forts la nuit, qui s'étendent souvent vers le cou, plus rarement vers le moignon de l'épaule. La tuméfaction du début a diminué d'étendue en devenant plus saillante.

Actuellement. — Il existe au-dessous de la clavicule une tumeur globuleuse, allongée transversalement de 4 centimètres sur 6, dont le bord supérieur se confond avec la clavicule, et dont l'extrémité interne est à deux travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire. La pression sur la clavicule, autrefois douloureuse, ne cause aucune douleur ; la tumeur elle-même est un peu sensible à la palpation. Elle est élastique et donne la sensation d'une collection liquide recouverte d'une coque résistante. La peau est intacte; la tumeur, adhérente aux parties profondes, ne présente pas de battements. Les urines, très chargées en phosphates, ne contiennent ni sucre ni albumine. — Iodure de potassium, 3 grammes.

27 *avril.* — La tuméfaction a augmenté, fluctuation manifeste. Drainage, issue de pus. Lavages à l'acide phénique. On ne sent pas, avec le stylet, de dénudations osseuses.

5 *mai.* — Suppuration très peu abondante. Va au Vésinet avec son drain.

Obs. MLXXXIV. — *Adéno-phlegmon de la région clavi-pectorale droite. Drainage. Guérison.* — Girouard (Julien), trente-sept ans, journalier, entre le 9 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 7. Pas d'antécédents héréditaires. Aucun antécédent morbide personnel. Il y a six jours, malaises le soir, vomissement. Le lendemain, en essayant de travailler, douleur à la région clavi-pectorale et impossibilité de continuer : il s'aperçoit alors qu'il avait été blessé la veille au matin à la face dorsale de la deuxième phalange du médius droit. A la douleur, les jours suivants, s'ajoutent les autres signes du phlegmon, de la périadénite.

A l'entrée. — La fluctuation est obscure au milieu de l'empâtement sous-claviculaire qui a au moins la grandeur de la paume de la main. Cataplasmes.

11 *juillet.* — La fluctuation est plus nette. Incision. Issue de pus.

15. — Le pus semble fuser sous le grand pectoral. On passe un drain par la partie la plus déclive de la collection et on le fait ressortir par la plaie faite précédemment. Contre-ouverture et drain. Lavages et pansements à l'alcool camphré. Soulagement.

1er *août.* — On a enlevé le tube. Un peu d'empâtement seulement. Va à Vincennes.

Obs. MLXXXV. — *Abcès sous-pectoral gauche, consécutif à une lymphangite du membre supérieur. Drainage. Guérison.* — Bonfils (Auguste), quarante-huit ans, cordonnier, entre le 2 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 10. Bonne constitution. Syphilis en 1859. Fièvres intermittentes, qui reparaissent de temps à autre durant quelques jours. Vers le 15 avril, il s'écorcha contre un mur à la face dorsale de l'index gauche : la plaie était superficielle et était recouverte déjà d'une croûte, lorsqu'avec un mouvement fébrile, apparut une angioleucite qui gagna bientôt l'avant-bras et le bras.

A son entrée. — Lymphangite de la face antérieure du membre supérieur et en avant du grand pectoral correspondant, une vaste plaque rosée : sous cette lymphangite on sent un empâtement très marqué. Enfin par la palpation, en plaçant une main dans la région sous-claviculaire, l'autre dans la paroi interne de l'aisselle, on sent une fluctuation profonde : fièvre.

4 *mai.* — Incision au-dessous de la clavicule et parallèlement à cet os : sous le grand pectoral est un foyer purulent en voie de formation. Contre-ponction dans l'aisselle; drain, lavages avec l'eau phéniquée. Chute de la fièvre au bout de deux jours.

18. — Suppuration presque tarie; état général très bon; et le 29 guérison et sortie.

Obs. MLXXXVI. — *Abcès chronique sous-pectoral. Drainage. Guérison.* — Neumann, trente-trois ans, tailleur de cristaux, entre le 26 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 34. Fluxion de poitrine à vingt-six ans. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Il y a deux mois, sans causes connues, douleurs dans l'épaule gauche, le bras et l'avant-bras du même côté, passagères et sans caractère aigu. Il y a six semaines, le malade s'aperçut qu'une grosseur se développait au-devant de l'épaule gauche.

État actuel. — Signes classiques d'un vaste épanchement sous-pectoral dont les limites supérieures s'arrêtent à la clavicule, et inférieures à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et surtout du côté de l'aisselle; fluctuation plus manifeste. Les mouvements sont normaux. Émaciation. — Cataplasmes.

6 *mars.* — Incision à la partie supérieure de l'épanchement et une autre à la partie déclive vers l'aisselle. Drain; issue d'une énorme quantité de pus jaunâtre et grumeleux.

10. — Excellent état. Lavages antiseptiques fréquents; toniques.

20. — La poche est complètement réduite. Aspect normal de la région. Exeat du malade sur sa demande.

Obs. MLXXXVII. — *Abcès anthracoïde de la région pectorale. Polyurie. Érysipèle. Mort. Autopsie.* — Plumet (Sébastien), soixante-trois ans, journalier, entre le 1er juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 4. Pas d'antécédents de famille. Habituellement très bien portant; cepen-

dant depuis un an, il s'aperçoit qu'il a perdu un peu de forces, les fonctions sont restées régulières, il mange et boit beaucoup (5 à 6 litres en moyenne). Huit jours avant l'entrée, sans cause connue, il a ressenti le matin de la douleur au niveau de la région pectorale droite et peu à peu est apparue une tumeur du volume d'un petit œuf, avec une rougeur circonvoisine considérable.

A l'entrée. — Teint pâle, légèrement jaunâtre et rappelant le teint des diabétiques. Soif vive, urine 6 litres. A la région pectorale droite vers le bord de l'aisselle existe un vaste abcès anthracoïde fluctuant qui ne présente pas l'aspect absolu de l'anthrax vrai. Une zone d'inflammation considérable s'étend au pourtour. Hydrocèle gauche non tendue pouvant contenir environ un quart de litre.

2 *juillet.* — On incise crucialement l'abcès qui détermine des douleurs considérables. — Cataplasme. Le soir, rétention d'urine : cathétérisme.

3. — Les douleurs de l'anthrax ont beaucoup diminué, mais il y a toujours rétention d'urine : par la sonde, l'urine s'écoule en bavant et il faut une demi-heure environ pour enlever de la vessie les 2 ou 3 litres de liquide qu'elle contient.

6. — Même état local. L'état général se maintient. Sonde à demeure : quantité d'urine, 5 litres; depuis l'entrée, l'urine analysée à trois reprises différentes n'a présenté aucune trace de sucre ni d'albumine.

10. — Malaise, constipation. — Purgatif. — L'abcès anthracoïde fait peu de progrès vers la guérison.

11. — Malaise considérable, fièvre. T. = 39°,2. — P. = 100. Érysipèle de la face débutant autour du nez. Est transporté au pavillon d'isolement.

Les jours suivants, l'érysipèle fait des progrès, envahit toute la tête et le cou : l'abcès anthracoïde reste stationnaire. L'état général empire rapidement, délire. — Le 16, mort.

Autopsie. — Cadavre dans un état de décomposition fort avancée. Il s'agissait bien d'un anthrax avec quelques bourbillons, mais au pourtour l'inflammation avait pris une vigueur inusitée. — *Reins.* Augmentés de volume, très congestionnés ; leur état de décomposition ne permet pas d'essayer d'en faire l'examen histologique. — *Vessie.* Distendue, mince, quelques légères colonnes, pas de traces d'inflammation vive. — *Prostate* saine. — *Foie.* Un peu gras. — Rien par ailleurs.

Obs. MLXXXVIII. — *Abcès froid des parois thoraciques. Ponction. Drainage.* — David (Isidore), trente ans, correcteur d'imprimerie, 12 novembre 1881 (externe). Pas d'hérédité, adénites cervicales dans l'enfance : abcès axillaire ; ni syphilis ni tuberculose. Il y a cinq mois, sans causes connues, il remarqua au-dessus et en dedans du

mamelon droit, une tumeur molle, indolente, du volume d'une noix : accroissement.

État actuel. — L'espace cléido-mammaire droit est déformé par une tumeur, étendue verticalement, de deux travers de doigt du mamelon à un travers de doigt de la clavicule, et transversalement du bord droit du sternum à une ligne verticale qui passerait par le point où l'artère sous-clavière devient axillaire. Cette tumeur est hémisphérique à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes : peau couverte de grandes plaques érythémateuses. Au toucher, elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci se fixe lorsque le grand pectoral se contracte ; elle est située au-dessous de ce muscle : fluctuation, irréductibitité, indolence. Rien dans les ganglions axillaires. Viscères thoraciques et abdominaux sains.

12 *novembre.* — Pas d'anesthésie. Drainage. Sort de suite, devant se faire soigner par son médecin.

Obs. MLXXXIX. — *Abcès froid, idiopathique, mammaire, simulant une tumeur du sein chez l'homme. Ponction, drainage, injections iodées.* — Serpolet (Pierre), vingt-cinq ans, employé, 28 janvier 1882 (externe). Pas d'hérédité ; jamais de maladies graves. Il y a dix-huit mois, il reçut dans la région mammaire droite un coup de fleuret boutonné. Douleurs sourdes, continues, lancinantes : puis se développa lentement et progressivement une tumeur molle, au-dessous du mamelon.

État actuel. — Le sein droit est déformé par une tumeur régulièrement hémisphérique, dont le mamelon occupe le centre, du volume de la mamelle d'une jeune fille de seize ans : surface lisse, convexe, sans bosselures apparentes. La peau ne présente aucune trace d'altération ; elle est mobile à la surface de la tumeur. Au toucher, celle-ci est molle, fluctuante, et offre la consistance des kystes ou des abcès ; elle paraît composée d'une partie superficielle sous-cutanée et d'une partie profonde sous-musculaire communiquant entre elles. La poche superficielle est en effet partiellement réductible en même temps que le muscle grand pectoral se soulève. Rien d'appréciable du côté des côtes ou du sternum. Rien dans les ganglions lymphatiques. Viscères thoraciques et abdominaux sains.

28 *janvier.* — Chloroforme. La ponction exploratrice donne issue à un pus séreux, verdâtre, mal lié contenant quelques grumeaux caséeux : incision exploratrice suffisante pour introduire le doigt. Il s'agit d'un abcès enkysté sans rapport avec les os, et contournant le bord inférieur du grand pectoral, de manière à envoyer un prolongement au-dessous de ce muscle ; contre-ouverture, drainage. Est renvoyé de suite, son médecin devant lui faire des injections iodées.

B. — Abdomen.

Quelques mots à propos de l'observation MXCII (*kyste hydatique de la région sus-ombilicale*). Elle est intéressante au point de vue du diagnostic. Celui-ci comprenait, comme dans tous les cas de tumeurs abdominales, deux points importants : d'une part le diagnostic du siège exact de la tumeur, d'autre part celui de sa nature. Nous devions d'abord nous demander s'il s'agissait d'une tumeur des parois ou bien de la cavité de l'abdomen. Or, s'il est facile dans quelques cas de trancher nettement la question, il est des cas douteux où la tumeur, par ses caractères, n'est ni franchement pariétale ni franchement cavitaire. Nous avions précisément affaire à l'un de ces cas. La tumeur, en effet, bien que faisant à l'extérieur une notable saillie, n'était pas superficielle, ainsi que l'indiquaient plusieurs de ses caractères. Et tout d'abord sa forme bilobée prouvait, à la simple vue, que la tumeur n'était pas sous-cutanée, mais bien sous-jacente à l'entre-croisement fibreux de la ligne blanche. D'autre part, on sentait manifestement les muscles droits se contracter au-devant d'elle sans qu'elle soit influencée par leurs contractions. Restait à déterminer si elle siégeait à la face profonde de ces muscles, bien que dans leurs gaines aponévrotiques, ou plus profondément encore entre l'aponévrose et le péritoine dans l'épaisseur du fascia transversalis, ou enfin dans la cavité péritonéale. Plusieurs phénomènes nous faisaient supposer avec quelque raison que la tumeur était extra-péritonéale. C'étaient son défaut de connexion avec un quelconque des viscères abdominaux, l'absence de troubles fonctionnels du côté de ces viscères et l'enkystement manifeste de la tumeur. Seule une tumeur du grand épiploon adhérente à la paroi aurait pu présenter ces caractères. D'ailleurs, nous l'avons dit, il est des cas mixtes où il est impossible, même pièce anatomique en main, de savoir exactement si le péritoine passe au-dessus ou au-dessous de la tumeur.

Le diagnostic de la nature de la tumeur nous intéressait au même titre que le diagnostic du siège. Les caractères physiques de la masse morbide nous enseignaient qu'il s'agissait d'une tumeur liquide et nous avions toute raison de croire que ce kyste était pur et indépendant de toute masse solide. Les tumeurs liquides des parois peuvent être des abcès, des kystes séreux, sanguins ou hydatiques. Les tumeurs liquides intra-abdominales peuvent être des péritonites enkystées ou des kystes à contenu purulent, sanguin ou hydatique comme dans le cas précédent. Les abcès s'accompagnent toujours de phénomènes inflammatoires, si obscurs qu'ils soient et lorsqu'il s'agit en particulier d'abcès ostéo-pathiques chez lesquels les symptômes inflammatoires sont le moins sensibles, on trouve, du côté des côtes ou du rachis, des lésions apparentes. Souvent un trajet relie l'affection osseuse au kyste purulent. Rien de pareil dans notre cas. Ni œdème ni rougeur : indépendance absolue de la tumeur. Les kystes séreux essentiels sont très rares dans cette région; leurs caractères auraient la plus grande analogie avec la tumeur qui nous occupe, mais il n'y a pas de raison pour penser aux cas exceptionnels. Les kystes sanguins reconnaissent, dans certains cas, pour cause, un traumatisme; d'ailleurs, qu'ils soient traumatiques ou spontanés, ils offrent des caractères qui permettent encore de les différencier de notre cas. Il y a souvent infiltration ecchymotique des parties molles superficielles. Ou bien à côté du liquide on trouve des caillots dont la consistance spéciale éclaire sur la nature de la tumeur. Les tumeurs péritonéales enkystées offrent des caractères analogues; lorsqu'il s'agit spécialement de péritonite enkystée, il y a eu probablement des phénomènes inflammatoires qui ont éveillé l'attention. Restent les kystes hydatiques, ceux-ci offrent tous les caractères de notre tumeur; ils présentent quelquefois, il est vrai, le phénomène connu sous le nom de frémissement hydatique, mais le phénomène est tellement exceptionnel que son absence ne saurait en aucun cas suffire pour faire éliminer l'idée de ces sortes de tumeurs. D'autre part, en admettant,

comme nous le pensions, que la tumeur était pariétale, nous avions toute raison de croire à cette variété de kystes, qui sont assez fréquents dans la région. Dans tous les cas, la ponction exploratrice pouvait seule élucider le diagnostic : elle confirma nos présomptions.

Citons encore l'observation MXCIV, qui a trait à l'ablation d'un énorme sarcome de la paroi abdominale, et où nous avons fait la transfusion, avec l'aide de M. Roussel, de Genève, sans résultat du reste.

Enfin mentionnons l'observation MCII, qui se rapporte à une malade atteinte de cancer colloïde du péritoine pariétal et viscéral. Plusieurs ponctions exploratrices, faites en ville par un médecin n'avaient donné issue à aucun liquide. L'abdomen extrêmement distendu offrait une consistance molle et tellement fluctuante qu'il y avait lieu de se demander si les ponctions n'avaient pas été faites avec un trocart trop petit. Il arrive souvent en effet en pareil cas que des grumeaux viennent obstruer la canule et s'opposer à l'écoulement du liquide. Nous répétâmes donc l'opération avec un gros trocart en choisissant les points les plus fluctuants, mais sans obtenir la moindre trace de liquide. Il n'y avait là rien qui pût nous étonner, étant donnée notre grande expérience des tumeurs de l'abdomen, dans une affection à laquelle nous avons donné le nom de *péritonite gélatineuse* ou de cancer colloïde généralisé. Dans ces cas, en effet, malgré l'existence d'une fluctuation des plus franches, la ponction donne des résultats négatifs, la cavité péritonéale étant remplie par une matière gélatineuse colloïde, molle, tremblotante, fluctuante, mais non fluide. Cette matière peut présenter un certain degré d'organisation, on y trouve des arborescences vasculaires, filiformes, quand la tumeur est enkystée, elle est énucléable, mais lorsque, comme dans le cas actuel, le péritoine représente seul les parois du kyste, il faut se garder de commencer une opération d'où l'on ne se tirerait qu'avec les plus grandes difficultés et qui resterait d'ailleurs sans succès, car la récidive ne se fait jamais attendre en pareil cas.

Obs. MXC. — *Abcès froid volumineux des régions thoracique et abdominale gauches. Ponction, drainage. Injections phéniquées.* — Bonet (Clovis), quarante-deux ans, charretier, entre le 30 octobre 1882, salle Saint-Augustin. Tuberculose pulmonaire et laryngée datant de trois ans. Il y a deux ans, une tumeur du volume d'une noix apparut spontanément au niveau de l'angle antérieur de la neuvième côte gauche. Cette tumeur, qui était indolente, molle, fluctuante, s'est accrue rapidement en conservant ses caractères. Les badigeonnages de teinture d'iode et l'emploi des autres topiques n'ont pu entraver son évolution. Dans les derniers temps la peau s'est enflammée et est devenue douloureuse.

État actuel. — Les régions thoracique et abdominale gauches sont déformées par une tumeur du volume d'une tête d'adulte, mesurant 28 centimètres de hauteur, sur 17 de largeur, étendue verticalement de la neuvième côte, à quatre travers de doigt de la crête iliaque et transversalement, du bord antérieur du carré des lombes, à cinq travers de doigt de la ligne blanche. La surface hémisphérique est lisse, unie, convexe, et présente trois bosselures du volume d'une orange. La peau, saine dans la plus grande partie de son étendue, est rouge, enflammée, amincie, prête à se rompre à la surface des bosselures ; en ces points la tumeur est devenue superficielle ; mais elle est plus profondément située dans les autres points, où elle soulève les dernières côtes et la paroi abdominale. Fluctuation franche, indolente. Pas de lésions appréciables des côtes ou du rachis, mais tuberculose pulmonaire et laryngée. Traces d'albumine dans les urines. État général assez bon.

11 *novembre.* — Pas d'anesthésie. Drainage. — On fait tous les jours des injections avec l'eau phéniquée.

Au bout de quinze jours le malade retourne chez lui, où il sera soigné par son médecin.

Obs. MXCI. — *Abcès ossifluent des parois thoracique et abdominale antérieures. Mort. Autopsie.* — Goudeau (Marie), soixante-douze ans, entre le 11 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 36. La malade répond mal aux questions. Scrofule dans l'enfance. Il y a cinq mois, sans traumatisme, douleur vers la neuvième ou dixième côte gauche à sa partie antérieure. La douleur a été suivie de gonflement, puis de la formation d'une tumeur qui a percé il y a deux mois. On trouve en effet à ce niveau quatre orifices fistuleux, à bords rouges, renfoncés, laissant suinter de la sérosité purulente et terminant un canal fistuleux adhérent à la côte située immédiatement au-dessus : le stylet n'arrive pas à la côte. Il existe à la paroi abdominale antérieure à mi-chemin de l'épine iliaque antéro-supérieure et d'une ligne joignant l'épigastre à l'ombilic, une tumeur du volume des deux poings, ovoïde, à grand diamètre dirigé suivant la ligne indiquée, très fluc-

tuante, sans changement de coloration à la peau. Fièvre hectique. Cachexie. — Cataplasmes laudanisés.

6 *décembre.* — L'abcès se perce spontanément. Toujours mauvais tat général.

9. — Trois jours après l'ouverture spontanée, l'orifice de sortie se ferme complètement et la collection purulente ne semble pas vouloir se reproduire. Mauvais état général. Grande faiblesse.

16. — La malade, toujours très faible, s'est plainte dans la nuit de douleurs vives dans le pied droit et la jambe droite. On ne découvre rien à l'examen le plus attentif : pas d'œdème, etc. — Piqûre à la morphine.

17. — Agonie. Mort dans la soirée.

Autopsie. — On trouve une carie de la dixième côte vers son articulation condro-costale, comprenant la table externe de l'os et s'étendant sur une longueur de 5 centimètres. Les trajets fistuleux sont lardacés. Le vaste épanchement de la paroi abdominale a à peine laissé des traces.

Rien par ailleurs, à part un athérome artériel prononcé.

Obs. MXCII. — *Kyste hydatique de la région sus-ombilicale siégeant au-dessous des muscles grands droits de l'abdomen. Ponction, évacuation du liquide.* — B..., quarante-huit ans, tailleur, entre le 21 février 1881, salle Saint-Augustin, n° 1. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Lymphatisme. A vingt-deux ans, début d'une tumeur blanche du genou gauche qui nécessita l'amputation de la cuisse à vingt-cinq ans. Il y a quatre ans, dix-neuf ans après l'opération, névrome du moignon, qui fut opéré, hémorrhagie, œdème, ascite qui fut traitée par la ponction de l'abdomen. Il y a dix-huit mois, tous ces accidents ayant disparu, le malade remarqua immédiatement au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf, qui s'est accrue rapidement, sans déterminer de douleur, de troubles digestifs ou de retentissement sur l'état général. Dans ces derniers temps, l'accroissement de la tumeur a occasionné un sentiment de pesanteur, accusé surtout après la fatigue.

État actuel. — La région sus-ombilicale est déformée par une tumeur composée de deux lobes inégaux siégeant à gauche et à droite de la ligne médiane. Le lobe gauche, beaucoup plus volumineux, s'étend transversalement de la ligne médiane à une ligne qui descendrait verticalement du rebord des fausses côtes à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Verticalement, elle occupe l'espace compris entre deux lignes qui passeraient horizontalement l'une à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, l'autre à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La forme de ce lobe est celle d'un segment d'ovoïde à grand axe transversal, à grosse extrémité tournée en dehors. Sa surface est convexe, lisse et unie, sans bosselures appa-

rentes. Le lobe droit par ses dimensions ne représente que le quart du lobe gauche. Il s'étend dans le sens tranversal de la ligne blanche au bord externe du muscle droit. Sa hauteur est égale à quatre travers de doigt. Sa forme est celle d'un segment de sphère; sa surface est arrondie, convexe, et, comme celle de l'autre lobe, ne présente pas de bosselures apparentes. La peau, légèrement tendue à la surface de la tumeur, a conservé ses caractères normaux. Matité absolue. Pas de frémissement hydatique. Au toucher, on sent que la tumeur est sous-musculaire. Les muscles droits se contractent à sa surface. Ni battements isochrones à ceux du pouls ni mouvements d'expansion et d'affaissement. Irréductibilité : fluctuation manifeste dans toute son étendue, se transmettant facilement d'un lobe à l'autre, comme s'il existait une poche unique simplement déprimée par la ligne blanche abdominale. La tumeur est bien limitée et n'envoie aucun prolongement appréciable vers les viscères abdominaux. Pas d'épanchement ascitique. Les veines pariétales ne sont pas dilatées. Indolence. Appétit, digestion facile. Pas de troubles de la défécation ou de la miction. Fonctions thoraciques normales.

26 *février*. — Chloroforme. Pendant que des aides immobilisent la tumeur et tendent la peau, nous faisons une ponction à l'aide d'un trocart droit. Issue de 600 grammes d'un liquide clair et limpide comme de l'eau de roche : nous fermons la petite plaie avec un morceau de baudruche collodionné.

A l'*examen microscopique* on trouve de nombreux crochets d'hydatides.

Le malade retourne chez lui.

Obs. MXCIII. — *Lipome du flanc gauche. Ablation. Guérison.* — Picard (Joseph), dix-huit ans, journalier, entre le 25 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Entre à l'hôpital, pour une *grosseur du flanc gauche* que le malade porte depuis quatre ans. Il y a quatre ans, sans causes appréciables, apparition dans le flanc gauche d'une tumeur, dont l'évolution a été lente et progressive.

Etat actuel. — Sa forme est allongée, et son volume à peine celui d'un œuf : indolente, élastique et rénitente. Ablation au bistouri. Suture. Drain. Pansement antiseptique. — Guérison en quinze jours.

Obs. MXCIV. — *Enorme sarcome végétant de la paroi abdominale. Ablation à l'aide du thermo-cautère par le procédé de morcellement. Transfusion consécutive à l'opération. Mort par le choc.* — Mayer (Xavier), trente-huit ans, comptable, entre le 6 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. Mère morte phthisique. Tuberculose pulmonaire. Il y a dix ans, il remarqua à la partie supérieure de la région hypogastrique, sur la ligne médiane, une tumeur cutanée, aplatie, du volume d'une noisette, indolente. Dans l'espace de deux

ans, des productions analogues se développèrent au pourtour de la première, pendant que celle-ci acquérait le volume du poing d'un adulte. Les années suivantes ces différentes tumeurs s'accolèrent, se confondirent par leur base en envahissant les régions voisines et finirent par constituer une masse unique, lobée et lobulée qui s'ulcéra en plusieurs points, il y a deux ans : à plusieurs reprises hémorrhagies profuses et rebelles ; en même temps, apparut une diarrhée incoercible : cachexie rapide.

Etat actuel. — La paroi antérieure de l'abdomen est déformée par une énorme tumeur, occupant verticalement l'épigastre, l'ombilic et le tiers supérieur de la région hypogastrique et transversalement tout l'espace compris entre deux lignes qui descendraient verticalement de l'angle antérieur des côtes aux épines iliaques supérieure et antérieure. Cette tumeur est composée de trois lobes principaux, l'un médian et inférieur, les autres latéraux et supérieurs à peu près symétriques. Chacun d'eux forme au-dessus des parties saines un relief égal à celui d'une tête de fœtus à terme et est recouvert de larges bosselures et de petites tumeurs surajoutées; les bosselures sont hémisphériques, leur volume varie de celui d'une moitié d'œuf de poule à celui d'une grosse orange. Les tumeurs surajoutées sont globuleuses, du volume d'une noisette à celui d'une noix, et, au lieu de se continuer avec les lobes principaux par une large base, ont de la tendance à se pédiculiser. Les caractères de la peau sont variables suivant les points où on l'examine. Il existe trois ulcérations, de 4 à 6 centimètres de diamètre; elles occupent les parties les plus saillantes de chacun des gros lobes. Leur surface est rouge et recouverte de fines granulations ; en ces points la peau paraît détruite dans toute son épaisseur. Sur quelques branches secondaires, elle est mince, luisante, violacée, prête à s'ulcérer. Ailleurs elle offre sa coloration et ses autres caractères habituels. Partout elle fait corps avec la tumeur. Celle-ci a une consistance uniforme, dure, solide, sarcomateuse, elle ne paraît pas dépasser la couche aponévrotique superficielle. Rien dans les ganglions inguinaux. État général déplorable.

18 *février*. — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, nous enlevons la tumeur par morcellement : pinces hémostatiques sur les plus petits vaisseaux, afin d'éviter l'effusion d'une seule goutte de sang. Ainsi que nous l'avions prévu, la tumeur ne dépasse pas la couche aponévrotique superficielle. Nous laissons les pinces à demeure : compression avec des éponges pendant un quart d'heure.

Sur une coupe la tumeur a la structure du sarcome à ses différentes phases de développement, il existe des points kystiques variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, des zones myxomateuses, fibro-plastiques et fibroïdes. En quelques points la tumeur

a subi la dégénérescence granulo-graisseuse et offre une teinte jaunâtre qui contraste avec la coloration rosée des parties voisines. Dans les couches profondes, la disposition en lobes et en lobules est des plus caractéristiques, les masses qui composent la tumeur sont simplement juxtaposées et peuvent se séparer comme les feuillets d'un livre, cette disposition rappelle celle des papillomes. Cette tumeur lobée et lobulée, végétante, à la surface de la peau, sans prolongements profonds, serait au sarcome ordinaire ce qu'est le papillome à l'épithélioma.

Après l'opération le malade reste dans un état de somnolence et de torpeur semi-comateux. Le pouls est petit, filiforme. La réaction ne se fait pas. Quatre heures après que le malade a été transporté dans son lit, nous faisons la transfusion avec l'aide du docteur Roussel, de Genève : injection de 110 grammes de sang. Le malade meurt néanmoins par choc, la nuit suivante à 4 heures du matin.

Autopsie. — Aucune communication de l'encéphaloïde avec les viscères, ni même trace de péritonite. — *Poumons.* Sains. — *Cœur et vaisseaux de la base du cœur.* Un caillot fibrineux, en fourche, se trouve placé à la bifurcation de l'artère pulmonaire et remplit le ventricule droit. L'aorte et le ventricule gauche sont tapissés d'un caillot moins fibrineux, mais également bifurqué. — *Foie* gras. — *Reins* blancs. — Rien par ailleurs.

Obs. MXCV. — *Adénopathie de la fosse iliaque droite.* — Messager (Aurore), trente ans, ouvrière, entre le 8 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 47. A toujours joui d'une excellente santé. A eu quatre enfants, le dernier il y a un an. Enfant mort-né. Depuis cette dernière grossesse, la mère est moins bien portante. Quinze jours après l'accouchement, phlegmon suppuré du ligament large droit. Ouverture sous la région lombaire droite. Au bout de deux mois simple trajet fistuleux qui ne se ferma complètement qu'en février dernier; au mois de mars, grosseur dans la fosse iliaque droite. A peine quelques élancements par intervalles. Développement lent.

Actuellement. — Tumeur du volume d'une grosse orange, profondément fixée et adhérente dans la fosse iliaque droite, à peine mobile, dure. La malade, loin d'être constipée, a plutôt de la diarrhée. Appétit médiocre : rien dans les urines. Examen vaginal négatif. Indolence au repos, mais, dans la station debout, tiraillements dans le côté et claudication. Depuis quatre mois, pas de règles. Traitement ioduré : bains sulfureux.

Au bout de dix jours la tuméfaction était déjà réduite de moitié et, au bout de vingt jours, des deux tiers.

20 *juin.* — Va très bien. Simple empâtement profond. Exeat.

Obs. MXCVI. — *Abcès froid volumineux du bassin ouvert à l'ombilic.* — Maître (François), dix-huit ans, mouleur, entre le 21 août 1882,

salle Sainte-Marthe, n° 13. Pas d'hérédité ; scrofule, gourme et adénites cervicales dans l'enfance. Il y a quatre ans, il éprouva dans la hanche droite des douleurs qui simulaient une coxalgie au début, à un tel point, qu'un chirurgien consulté par le malade n'hésita pas à le traiter par l'extension continue du membre. Un an plus tard, les douleurs coxo-fémorales disparurent et furent remplacées par de vagues douleurs intra-abdominales. Un abcès se forma à l'ombilic, s'ouvrit spontanément au centre de la cicatrice ombilicale, et demeura fistuleux.

Quand le malade entra dans notre service pendant notre absence au mois d'août, notre collègue Schwartz, qui nous remplaçait, explora le trajet fistuleux, en fit le curage de l'ombilic à l'hypogastre, pratiqua une contre-ponction à trois travers de doigt au-dessus du pubis, à 2 centimètres à droite de la ligne médiane et passa un tube à drainage. Dernièrement, pendant une sortie, le malade enleva le drain, et à notre retour nous le trouvons dans l'état suivant : l'abdomen ne présente aucune déformation ; on voit dans la région hypogastrique, au point que nous avons indiqué précédemment, un orifice fistuleux entouré de gros bourgeons charnus rouges, mollasses, saignants, qui répond à la contre-ponction faite par Schwartz. Au centre de la cicatrice ombilicale existe un autre orifice fistuleux déprimé, laissant suinter un pus séreux, verdâtre. La sonde cannelée, introduite dans cet orifice, se porte en bas et en arrière du côté du bassin, et disparaît complètement sans atteindre les limites du foyer purulent. Le cathétérisme uréthral semble indiquer que la vessie est déplacée et refoulée en arrière, du côté du rectum. Le toucher rectal confirme ces données en permettant de sentir le bec de la sonde contre la paroi antérieure de l'ampoule rectale ; il montre d'autre part que la poche purulente occupe la cavité du bassin et que les mouvements du doigt dans l'intestin provoquent la sortie d'une plus grande quantité de pus, par la fistule ombilicale ; il indique en outre que les parois osseuses du bassin paraissent saines. Le palper abdominal ne démontre aucune lésion du côté des autres viscères. La miction et la défécation s'accomplissent bien. Il n'existe plus de douleurs actuellement. Les poumons sont sains, mais l'état général est peu satisfaisant ; émaciation, anémie, pertes de forces. Urines légèrement albumineuses.

2 *décembre*. — Chloroforme. — A l'aide du thermo-cautère, nous débridons sur la sonde cannelée le trajet fistuleux, depuis l'ombilic jusqu'à l'hypogastre, en procédant avec toutes les précautions désirables. A une profondeur de 8 centimètres nous tombons dans une poche purulente qui donne issue à un flot de pus, mal lié, séreux. Nous explorons les parois de cette poche avec l'index et nous constatons qu'elle occupe toute la cavité du bassin et qu'elle

contient un grand nombre de petits séquestres de carie. Comme nous sommes au voisinage de la vessie, nous explorons cette cavité avec le cathéter et nous acquérons la certitude qu'elle est refoulée tout à fait en arrière au contact du rectum. Cette disposition et l'écoulement continuel du pus nous gêne pour pratiquer une contre-ponction à travers le plancher périnéal ; aussi plaçons-nous un tube à drainage en siphon dans la cavité purulente, de façon à la vider et à la laver, nous réservant de faire plus tard la contre-ponction.

11 *décembre.* — État général et local très satisfaisants. Pas de réaction fébrile ; dort et mange bien ; le pus s'écoule bien par le tube en siphon. Injections phéniquées.

Obs. MXCVII. — *Abcès froid intra-abdominal venant pointer au-dessus de l'arcade crurale au contact de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Incision exploratrice.* — Desmard (J.-B.), cinquante-deux ans, maçon, entre le 10 novembre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 33. Pas d'hérédité. Strume dans l'enfance. Bonne santé. Depuis quatre mois il éprouvait dans la région sacrée de vives douleurs irradiées à la fesse droite, lorsque il y a six semaines une tumeur fluctuante apparut au-dessus de l'arcade crurale droite et se développa assez rapidement.

État actuel. — Immédiatement au-dessus de l'arcade crurale droite on voit une tumeur globuleuse du volume d'une grosse orange, dont le bord externe s'adosse à l'épine iliaque antérieure et supérieure. La surface est convexe, lisse et unie, la peau tendue et amincie ; fluctuation franche ; tumeur compressible et partiellement réductible, mate. Rien d'appréciable du côté du rachis ou des os iliaques. Les poumons sont sains. Les douleurs ont aujourd'hui totalement disparu. — Rien par ailleurs.

25 *novembre.* — Pas d'anesthésie. Ponction exploratrice avec un petit trocart : issue d'un pus verdâtre, granuleux, mal lié. Nous débridons la petite plaie du trocart avec le bistouri, de façon à introduire l'index dans la poche purulente. Cette exploration conduit dans la fosse iliaque à une profondeur inconnue, aussi nous contentons-nous d'introduire dans la plaie un tube à draînage, sans chercher à faire de contre-ponction.

27. — Pas de réaction fébrile. Constipation. Suppuration abondante, douleur dans la vessie.

11 *décembre.* — État général et local satisfaisants. Écoulement modéré. On met un tube à double courant pour faciliter les lavages et l'écoulement du pus.

Obs. MXCVIII. — *Vaste tumeur en bissac abdomino-crurale, à contenu purulent. Ponction de la poche crurale. Pansement par occlusion.* — Forest (Rosalie), quarante-neuf ans, journalière, entre le 21 décem-

bre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 38. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Il y a trois ans, chute d'un grenier, perte de connaissance pendant deux heures. Depuis cette époque, la santé est restée ébranlée; la malade éprouve des douleurs abdomino-crurales. Depuis un an elle garde le lit; impossibilité de la marche. Gêne de la miction et de la défécation. Anorexie. Il y a trois mois son ventre a commencé à augmenter de volume, en même temps une tumeur est apparue à la partie supérieure antéro-externe de la cuisse gauche. Le développement des tumeurs abdominale et crurale a marché simultanément, progressivement et rapidement.

Etat actuel. — L'abdomen est déformé par une tumeur du volume d'un utérus gravide au septième mois, occupant le bassin, les fosses iliaques et s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est médiane, symétrique, régulièrement globuleuse; sa surface est lisse et unie. Elle envoie au-dessous de l'arcade crurale gauche un prolongement qui la relie à une tumeur située à la partie antéro-externe de la cuisse. Cette seconde tumeur a le volume d'un œuf d'autruche, sa surface est, de même, lisse, unie, convexe et sans bosselures; la peau qui recouvre la tumeur crurale est, au contraire, amincie, violacée, avec de grosses veines. Au toucher, on sent que les muscles des parois se contractent à sa surface; la tumeur crurale est superficielle et simplement recouverte par la peau et l'aponévrose. Ces deux tumeurs sont molles et fluctuantes, elles communiquent au-dessous de l'arcade crurale; la sensation de flot se transmet de l'une à l'autre, et de plus la tumeur crurale est en partie réductible dans l'abdomen. D'autre part, la tumeur abdominale émet un second prolongement qui forme bourrelet au-dessus de l'arcade crurale droite. Elle comprime les organes du petit bassin, vessie et rectum, refoule et baisse l'utérus et fait saillie dans les culs-de-sac vaginaux, où on retrouve sa mollesse et sa fluctuation. Rien d'appréciable du côté du rachis et du squelette pelvien. A part les troubles fonctionnels signalés précédemment et dus à la compression, rien n'autorise à penser à une lésion des viscères thoraciques et abdominaux. État général déplorable. Anémie. Émaciation.

24 *décembre.* — Chloroforme. — A l'aide d'un gros trocart, nous faisons à la partie saillante de la tumeur crurale une ponction qui donne issue à un flot de pus séreux, verdâtre, mal lié, mélangé à des grumeaux caséeux, d'odeur fade. Nous en laissons écouler trois litres. Pansement par occlusion avec du diachylon.

29 *décembre.* — Pas de réaction fébrile. État général excellent. La poche intra-abdominale a disparu, la poche crurale s'est au contraire remplie.

8 *janvier.* — État général satisfaisant, bien que l'écoulement du

pus se fasse difficilement. La poche abdominale s'est remplie.

16. — Nouvelle ponction; évacuation de tout le liquide contenu dans les deux poches; compression. — Exeat le 15 sur sa demande.

Obs. MXCIX. — *Vaste abcès pelvi-crural consécutif à un accouchement laborieux. Incision large dans le triangle de Scarpa. Drainage. Mort. Autopsie.* — Durmort (Emma), vingt et un ans, journalière, entre le 16 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 41. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Gourme dans l'enfance. Accouchée il y a quatre mois; travail prolongé; présentation par les pieds; version. Depuis ce moment elle n'a cessé d'éprouver à la racine de la cuisse droite des douleurs vives, continues, lancinantes, que n'ont pu calmer des applications répétées de vésicatoires. Dans les derniers temps, ces phénomènes se sont accentués et des phénomènes généraux se sont déclarés.

État actuel. — La malade ne peut garder d'autre position que le décubitus dorsal. La racine de la cuisse droite est le siège d'une tuméfaction qui soulève tout le triangle de Scarpa et s'étend en dehors jusqu'au grand trochanter. La peau offre une teinte brune. La température est plus élevée que celle du côté opposé. Au toucher on sent qu'il existe dans cette région, au-dessous des aponévroses, une vaste collection liquide, compressible et réductible dans le bassin. Pas de mouvements d'expansion et d'affaissement, pas de battements isochrones à ceux du pouls. En déprimant la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale, on sent que la fosse iliaque est remplie par une tumeur molle, pâteuse, fluctuante; la sensation de flot se propage de ce côté lorsqu'on comprime la tumeur crurale. Le centre de cette masse répond au cæcum. Par le toucher vaginal on sent que la température est élevée, la paroi latérale droite est saillante, refoulée vers la ligne médiane. Au niveau du trou obturateur existe une collection fluctuante qui communique avec la précédente; la sensation de flot s'y propage. Cet examen exaspère les douleurs. Ténesme vésical. Constipation. État général fébrile. T. S. = 39°. P. = 120.

17 *décembre.* — Chloroforme. Au milieu du triangle de Scarpa, avec le bistouri, incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, longue de 11 centimètres. Issue, à plus de 80 centimètres, d'un flot de pus : il s'écoule ainsi plus d'un litre. Quand l'écoulement est modéré, nous agrandissons l'ouverture profonde avec l'index et nous explorons les parois du clapier. Un prolongement considérable s'étend jusqu'au grand trochanter; afin de faciliter l'évacuation de ce diverticule, nous introduisons par la plaie un trocart courbe, que nous faisons ressortir au-dessus du grand trochanter, et nous passons par cette voie un premier tube à drainage. La poche communique largement avec la collection pelvienne par l'arcade du

psoas iliaque. En introduisant l'index de ce côté nous constatons que la poche occupe non seulement la fosse iliaque, mais qu'elle se réfléchit sur la crête pectinéale pour pénétrer dans le petit bassin et se porter dans la direction du ganglion obturateur. Nous conduisons dans cette direction l'extrémité mousse d'un grand trocart courbe, afin de nous rendre compte de la distance qui sépare le fond du prolongement pelvien de la cavité vaginale et de faire, s'il y a lieu, dans ce canal une contre-ponction pour passer un tube à drainage. Cette distance étant considérable, nous nous contentons d'introduire par la plaie de gros drains qui s'étendent jusqu'au fond des prolongements pelvien et iliaque. — Nous estimons qu'il est sorti plus de deux litres de pus. — Pansement phéniqué.

Malgré cette intervention, la malade s'affaiblit progressivement et meurt le 5 janvier.

Autopsie. — *Foie.* Dégénérescence amyloïde et peut-être un peu de dégénérescence graisseuse. — *Reins.* Paraissent sains. — *Petit bassin.* Tous les organes sont adhérents en masse dans la moitié droite du bassin. Le péritoine est soulevé, le ligament large de ce côté est dédoublé et a perdu sa forme ordinaire. La séreuse est épaissie, atteint en quelques points un millimètre et plus, avec des taches de vascularisation, mais sans fausses membranes à la surface, et sans épanchement ascitique ou purulent dans la cavité péritonéale. — *Sur une coupe antéro-postérieure et médiane du bassin.* Le pus occupe, au-dessous du péritoine, toute la partie droite du petit bassin ; là on trouve un vaste clapier contenant du pus crémeux, limité en dehors par les parois osseuses, et envoyant en dedans un prolongement qui passe entre le rectum et l'utérus en décollant le péritoine et en refoulant en haut, presque jusqu'à la hauteur du fond de la matrice, le cul-de-sac utéro-rectal. Ce prolongement s'arrête un peu à gauche de la ligne médiane. En dehors et en haut, le pus a traversé l'aponévrose iliaque et on trouve dans la gaine du psoas une seconde collection, à pus noirâtre et fétide, occupant une partie de la fosse iliaque. Le muscle psoas est lui-même noir, infiltré de pus, à fibres friables. De là le pus, suivant la gaine, a passé sous l'arcade crurale et est venu former à la partie supérieure de la cuisse, en dehors des vaisseaux fémoraux, une troisième collection ouverte par le bistouri. Enfin, de celle-ci, le liquide a fusé sous le tenseur du fascia lata, et le drain, qui suit le trajet, vient ressortir à la partie externe de la cuisse. L'articulation de la hanche est saine.

Obs. MC. — *Abcès aigu, sous-aponévrotique, de la fosse iliaque droite. Incision. Guérison.* — Lagnier (François), trente-deux ans, journalier, entre le 21 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 3. Très bonne santé habituelle. Il y a un mois, une plaque de fonte de 60 kilogrammes tombant d'une hauteur de 4 mètres frôla le genou

droit du malade et le porta violemment en arrière, imprimant ainsi à la cuisse une extension brusque et forcée : douleur extrêmement vive localisée en deux endroits : 1° au niveau du point qui a éprouvé le traumatisme; 2° au niveau de la fosse iliaque droite. La première douleur va en diminuant; la seconde augmente notablement : la cuisse droite se fléchit peu à peu sur le bassin, et la jambe sur la cuisse : fièvre, anorexie.

État actuel. — Malade couché en chien de fusil sur le côté droit, la face antérieure de la cuisse presque appuyée sur l'abdomen; la jambe fortement fléchie sur la cuisse. Douleur extrême à la fosse iliaque droite, irradiant de là dans tout le membre inférieur : le moindre contact lui arrache des cris. Empâtement dans la fosse iliaque. Insomnie depuis quinze jours. T. 39°,7.

25 *avril.* — Ponction : issue d'un litre de liquide. Le soir T 37°,9.

Le lendemain les douleurs se reproduisent : T. 38°,5. — A un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, incision parallèle à cette arcade et longue de 6 centimètres. Elle donne issue à des flots de pus. Drain. Pansement de Lister. — La fièvre tombe le jour même. L'amélioration est considérable. L'appétit revient.

3 *mai.* — Diarrhée. — Lavement laudanisé.

29. — Les troubles digestifs n'ont cédé qu'à la longue : aujourd'hui la diarrhée a disparu et le malade se lève.

14 *juin.* — Guérison. Exeat.

Obs. MCI. — *Phlegmon généralisé du bassin, de la fosse iliaque et de la partie supérieure de la cuisse. Mort. Autopsie.* — Milot (Léonie), quarante et un ans, cartonnière, entrée le 11 février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 52. Pas d'antécédents scrofuleux. Pas d'accouchements ni de fausses couches. Ménopause il y a quatorze mois. Deux mois après, constipation pendant longtemps, puis, pendant deux mois, de l'incontinence d'urine; fièvre, douleurs abdominales, sans vomissements. Sur le ventre vésicatoires et cataplasmes; deux mois de séjour au lit. Amélioration, puis rechute : impossibilité de marcher et symptômes de cystite (miction fréquente et douloureuse). Un médecin prononce le nom de phlegmon anté-vésical.

Depuis deux mois, elle se trouve encore plus mal; des douleurs se sont montrées dans la jambe droite qui a enflé.

Depuis une quinzaine de jours, les urines sont chargées et renferment de la matière purulente. Depuis huit jours environ on a constaté également la présence de pus dans les selles.

État actuel. — Amaigrissement, cachexie. Les douleurs dans le côté droit du ventre et la cuisse correspondante sont toujours vives : la palpation est extrêmement douloureuse au-dessus de l'arcade crurale où l'on sent un empâtement remontant à deux travers de doigt avec matité s'étendant dans le flanc droit. La cuisse est demi-fléchie sur

le tronc, en abduction et en rotation en dehors : l'extension est impossible. La partie supéro-interne du membre est occupée par une vaste collection fluctuante, de sorte que la racine de la cuisse, dont la circonférence est de 44 centimètres du côté sain, est ici de 59 centimètres. L'extrême sensibilité du ventre ne permet pas de chercher le flot de la fosse iliaque à la cuisse. Par le toucher, on constate que le col utérin est repoussé à gauche; de plus la paroi droite du vagin est bombée et proémine fortement; la pression en ce point est douloureuse. Il y a eu dès le début des douleurs de reins dont le siège exact est difficile à apprécier. On produit une vive douleur quand on presse en dehors du sacrum, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

18 *février*. — Les urines qui, hier, étaient assez claires, contiennent aujourd'hui une très grande proportion de pus. P. 100. T. 37°,5.

28. — Depuis quelques jours, il y a des élancements douloureux, de l'œdème, de la rougeur au-dessus de l'arcade crurale droite : fluctuation. Ponction avec le bistouri : issue de grumeaux blanchâtres et d'une grande quantité de liquide séreux.

22 *mars*. — Ouverture spontanée d'un petit abcès au voisinage du précédent.

27. — Fièvre, somnolence; affaiblissement considérable. Voix éteinte. — Ne meurt cependant que le 21 avril.

Autopsie. — *Poumons*. Absolument sains. — *Foie*. Gras, et amyloïde, en certains points. Sur toute sa surface, adhérences multiples, mais peu résistantes avec les organes voisins. — *Rate*. En dégénérescence amyloïde. — *Reins*. Amyloïdes. A gauche, quelques infarctus sanguins coniques; pas d'abcès. — *Vessie*. Muqueuse ardoisée; sa paroi gauche est très amincie, mais en aucun point on ne constate de perforation. Rien dans les autres viscères. — Le *foyer purulent* est presque vide ; les organes du petit bassin sont intimement adhérents et il est difficile de suivre les trajets purulents. La gaine du psoas contient une assez grande quantité de pus rougeâtre, et les fibres du muscle sont dissociées, noirâtres, détruites en partie. En haut, le foyer remonte jusqu'au voisinage du rein droit; en dedans, il arrive jusqu'à l'articulation sacro-iliaque correspondante : les ligaments sont en grande partie détruits et on luxe très facilement l'article; le sacrum et l'iliaque sont dénudés dans une petite étendue. Plus bas, la gaine est perforée et un trajet conduit dans un foyer presque vide, limité, d'une part, par les parois du petit bassin, d'autre part par la vessie, le vagin, l'utérus et le rectum. Ce foyer envoie un prolongement à gauche, au niveau du cul-de-sac recto-vaginal : là l'intestin est très adhérent et présente une perforation de 5 millimètres environ de diamètre. Les ovaires et les trompes sont englobés dans un tissu fibreux très dense. Un autre prolonge-

ment du foyer a suivi la gaine du psoas et est venu former l'abcès de la cuisse. Les vaisseaux iliaques sont entourés d'un tissu fibreux lardacé qui les sépare du pus. Les abcès, qui s'étaient ouverts à la paroi abdominale, étaient simplement des abcès de voisinage et ne communiquaient pas avec le grand foyer. — Le *péritoine* est sain, sauf un peu d'épaississement au niveau du petit bassin.

Obs. MCII. — *Cancer colloïde du péritoine pariétal et viscéral. Ponction exploratrice.* — Dremont (Adolphine), dix-neuf ans, domestique, entre le 20 mars 1882, n° 48, salle Saint-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques; bonne santé habituelle. Mariée à seize ans. Il y a un an accouchement laborieux par le forceps; elle dut garder le lit pendant un mois. Depuis ce moment le ventre, au lieu de reprendre ses dimensions normales, est resté volumineux comme pendant la grossesse. Un médecin consulté fit successivement trois ponctions sans obtenir une goutte de liquide.

État actuel. — Le ventre, déformé par une tuméfaction énorme portant sur toute son étendue, aussi bien dans le sens vertical que dans le sens transversal, est beaucoup plus volumineux qu'à la fin d'une grossesse même gémellaire. Il mesure 116 centimètres de circonférence. Les parois abdominales amincies, distendues, luisantes, laissent voir par transparence les veines sous-cutanées bleuâtres, dilatées. Il n'existe ni changement de coloration ni signes d'inflammation du côté des téguments. Par le palper abdominal on ne sent pas de tumeur limitée, mais une consistance molle, fluctuante, homogène, généralisée. Matité à la percussion dans toute l'étendue de la masse fluctuante. Le toucher vaginal montre que l'utérus est abaissé au point que le museau de tanche vient faire hernie entre les lèvres de la vulve, lorsque la malade ne porte pas de pessaire. Cet organe d'ailleurs paraît sain. Le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal montre que les organes du petit bassin sont mobiles, ainsi que les parois de l'abdomen. Aucun bruit anormal à l'auscultation. Le ventre n'est le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression. Le poids de la massse morbide gêne seul la malade. Pas d'œdème des membres inférieurs. Dyspnée mécanique provoquée par le refoulement du diaphragme. Miction plus fréquente que d'habitude, mais non douloureuse. Défécation normale. La menstruation est restée régulière. Rien dans les viscères thoraciques. État général encore satisfaisant.

22 *avril.* — Pas d'anesthésie. A l'aide d'un gros trocart nous faisons successivement à droite et à gauche des ponctions exploratrices au lieu d'élection. Il ne s'écoule aucune goutte de liquide, et la canule du trocart n'est pas obstruée, ce qui confirme notre diagnostic de cancer colloïde. — Aucune opération n'étant possible, exeat le 4 mai.

Obs. MCIII. — *Cancer viscéral du petit bassin; ascite. Ponction.* —

Jean (Blanche), cinquante-deux ans, entrée le 24 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 41. Bien portante jusqu'alors, cette femme a vu son ventre augmenter de volume il y a huit mois. Elle a eu autrefois deux enfants qui jouissent d'une bonne santé, et on ne retrouve aucun antécédent héréditaire. L'abdomen a augmenté assez rapidement de volume; des douleurs se sont produites au niveau de l'épigastre; de plus, depuis quelque temps, il y a de la gêne de la marche et de la dyspnée. Depuis trois semaines, la malade, qui n'avait pas perdu depuis sa ménopause, a des métrorrhagies presque continuelles.

État actuel. — Le ventre a 101 centimètres de circonférence ombilicale; les veines sous-cutanées sont très dilatées. La matité occupe l'hypogastre des flancs et varie avec les positions de la malade : il y a donc du liquide dans la cavité péritonéale; mais de plus, en déprimant cette couche liquide, on sent des masses dures multilobées. L'utérus est en proplapsus et maintenu avec un pessaire.

28 *avril.* — Ponction. Issue de 4 litres de liquide citrin, un peu filant, très albumineux, manifestement ascitique. De plus, ce liquide contient en suspension des particules noirâtres, sous forme de nuages ou de toiles d'araignée, qui sont recueillies et examinées au microscope : on n'y trouve aucune trace de cellules; ce sont des granulations très foncées, et, très probablement, de l'hématine, reliquat d'hémorrhagies anciennes. — Exeat le 2 mai.

Obs. MCIV. — *Cancer du péritoine pelvien.* — Frout (Marie), vingt-cinq ans, domestique, entre le 14 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 41. A accouché il y a trois mois. Le travail a duré trente-six heures et l'enfant, qui était à terme, était mort au moment de l'expulsion. Après l'accouchement, son ventre est resté gros, et son volume a depuis augmenté rapidement. Le 22 février, dernier à l'Hôtel-Dieu, on fait une ponction qui évacue 8 litres de liquide filant et grisâtre. Dix jours après, son ventre recommence à grossir.

État actuel. — Une tumeur globuleuse occupe toute la partie droite de l'abdomen, en envoyant un prolongement à gauche. A droite, la matité remonte jusqu'au foie (sauf un point de sonorité en arrière, au niveau du cæcum et du côlon ascendant); elle dépasse l'ombilic de deux travers de doigt, à gauche, elle va en s'atténuant et la ligne de matité vient aboutir au tiers externe de l'arcade crurale. La tumeur donne la sensation de fluctuation profonde; à son bord supérieur, on sent un épaississement en forme de cordon oblique en bas et à gauche. Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur a des connexions nombreuses et intimes avec l'utérus. — État général bon. Pas d'opération possible. — Exeat le 20 avril.

Obs. MCV. — *Cancer du péritoine pelvien. Ascite légère.* — Purenne (Marie), quarante-six ans, dentelière, entre le 1er février 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Mère morte à soixante-douze ans d'un cancer

de l'estomac. N'a jamais eu d'enfants. En 1873, le ventre commence à grossir; il se météorise après chaque repas, ce qui donne lieu à une sensation de gêne, de plénitude. Un an après, un médecin constate l'existence d'une tumeur abdominale. Depuis un an, la tumeur est descendue, selon l'expression de la malade, et la marche est devenue pénible.

État actuel. — Le ventre mesure 101 centimètres de circonférence au milieu de l'ombilic ; il a la forme de celui d'une femme enceinte à terme, alors que le ventre est tombé. Les veines sous-cutanées sont très développées. A la palpation, on sent une tumeur lobulée occupant la partie médiane du ventre et s'étendant dans les deux flancs, où elle remonte plus haut que sur la ligne médiane. Dure, lobulée, elle dépasse l'ombilic de cinq travers de doigt. La sonorité stomacale et intestinale se perçoit à l'épigastre et dans le flanc droit. État général bon : les fonctions s'exécutent bien. — Une opération ne paraît pas indiquée. — Exeat le 7 mars.

C. — Périnée.

L'observation MCVI (*fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur*) est très intéressante au point de vue du diagnostic : elle vient à l'appui de ce que nous avons dit à propos des fistules pelviennes ostéopathiques (voy. ce tome-ci, onzième leçon). Les fistules de la région périnéale et de son voisinage peuvent tenir à des lésions d'organes fort différents. Tantôt ce sont les os : coccyx, sacrum, ischion, branches ischio-pubiennes, qui sont la source du mal, tantôt ce sont d'autres organes, tels que le rectum, la prostate, le canal de l'urèthre. Ou bien un abcès s'est développé dans le tissu cellulaire qui comble l'espace pelvi-rectal et donne naissance à une fistule qui s'ouvre à l'extérieur. Le siège de l'orifice et la direction du trajet sont d'un grand secours pour déterminer a priori le point de départ de la lésion ; certains troubles fonctionnels et l'exploration attentive de la région aident à compléter ou à préciser le diagnostic. Les fistules ostéopathiques siègent de préférence sur les limites de la région périnéale ; sur la ligne médiane et en arrière de l'anus, elles répondent d'ordinaire au coccyx ou au sacrum ; à l'extrémité interne du pli fessier, elles sont

le plus souvent en rapport avec l'ischion ; lorsqu'on les trouve dans le pli qui sépare le périnée de la cuisse, il y a lieu de penser à une lésion de la branche ischio-pubienne, et la fistule est plus ou moins voisine du pubis suivant que la lésion osseuse en est elle-même plus ou moins rapprochée. Chez notre malade, le siège de l'orifice fistuleux devait nous faire penser à une altération de l'ischion, mais l'exploration des trajets ne tarda pas à infirmer cette idée. L'intégrité du rectum, de la prostate et du canal de l'urèthre ne nous permettant pas de rattacher le mal à ces organes, nous étions conduit à admettre un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. On sait que la suppuration des abcès de cette région s'éternise parce qu'il existe entre le rectum et les ischions une cavité qui n'a aucune tendance à s'oblitérer lorsque le tissu cellulaire a subi la fonte purulente. La mobilité du rectum, dont on a alors comparé la disposition à celle d'un battant de cloche, entretient encore cette tendance à la suppuration. Les abcès de l'espace pelvi-rectal ont des origines variables. Parfois il s'agit d'infiltration urineuse, de fonte tuberculeuse de la prostate, de lésion de l'extrémité inférieure de l'intestin. On a vu que l'examen du malade ne nous permettait de penser à aucune de ces causes. Or il existe en arrière du rectum, dans la concavité du sacrum, des ganglions lymphatiques qui peuvent devenir le siège d'adénites aiguës et chroniques. Il y a lieu de penser aux lésions de ces ganglions et, par exclusion, nous sommes amené à nous arrêter à cette idée dans le cas actuel.

Obs. MCVI. — *Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur ouvert spontanément à l'extrémité interne du pli fessier droit. Débridement des trajets fistuleux.* — Fischer (Victor), trente-quatre ans, professeur de danse, se présente à la clinique du 25 juin 1881. Sujet fortement constitué; pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a six mois, sans causes connues, douleurs sourdes, continues, lancinantes dans la région anale. Un abcès se forma à l'extrémité interne du pli fessier droit, s'ouvrit spontanément et demeura fistuleux. Le malade entra à l'hôpital Lariboisière où l'opération fut considérée comme impraticable.

État actuel. — A trois travers de doigt en dehors et à droite de l'anus, à l'extrémité interne du pli fessier, on voit une ulcération de 2 centimètres de diamètre, à bords atones, violacés, décollés dans l'étendue d'un demi-centimètre. Au centre de l'ulcération hérissée de bourgeons charnus, mollasses et saignants, s'ouvre un orifice fistuleux par lequel s'écoule continuellement du pus phlegmoneux. En introduisant une sonde cannelée dans cet orifice on reconnaît qu'il donne accès dans deux trajets fistuleux dont les directions sont tout à fait opposées. L'un se porte en avant et en dedans, vers l'anus : l'autre se porte en arrière, vers le coccyx. L'instrument enfoncé dans ces fistules traverse des parties molles, sans rencontrer le squelette de la région. Au pourtour de l'ulcération, zone d'induration lardacée. Le toucher rectal ne révèle aucune lésion de la muqueuse. Rien d'anormal du côté de la prostate ou de la concavité du sacrum. Les articulations et les os voisins paraissent sains. Pas de troubles de la défécation ni de la miction. Les gaz et les matières ne passent pas par la fistule, l'urine s'écoule par les voies naturelles.

25 *juin* 1881. — Chloroforme. Le malade étant placé dans la position de la taille, incision sur la sonde cannelée avec le thermocautère de la fistule postérieure ; celle-ci se porte en arrière jusqu'au voisinage de la pointe du coccyx et aboutit à un clapier purulent. L'exploration de ce foyer à l'aide du doigt et du stylet demontre qu'il est formé aux dépens des parties molles et ne communique pas avec les os. Nous incisons de même sur la sonde cannelée la fistule antérieure qui nous conduit très profondément sur les côtés du rectum jusqu'au voisinage du trou obturateur; afin de débrider plus facilement, nous sommes obligé de faire dans la direction de l'anus une incision transversale, longue de 4 centimètres. L'exploration avec le doigt et le stylet ne démontre pas davantage de communication avec les os ou les organes importants de la région. Le foyer est bien péri-rectal. Les incisions réunies ont une longueur de 20 centimètres et une profondeur de 4 à 7 centimètres. Nous plaçons au fond de la plaie une grosse mèche de charpie munie d'un tube à drainage et imbibée d'eau phéniquée. Puis nous réunissons à l'aide de huit points de suture métalliques les lèvres de la plaie de façon à rapprocher les tissus et à exercer une compression qui s'oppose au séjour du pus dans les anfractuosités.

Malgré l'étendue et la gravité de l'opération, les suites furent des plus simples : on enlève les fils le quatrième jour. La cicatrisation s'effectue dans l'espace de six semaines.

Obs. MCVII. — *Abcès du périnée. Incision avec le bistouri. Mèche de charpie. Guérison.* — Hattier (Paul), quarante-trois ans, nettoyeur de carreau, entre le 9 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 13. Depuis une huitaine, il ressentait en arrière du scrotum quelques élancements

et ne remarquait en cet endroit rien d'apparent. Ce n'est que depuis quatre jours qu'il a vu se former une tumeur. Les souffrances devenant très grandes et la marche impossible, il entre à l'hôpital.

État actuel. — A la partie antérieure du périnée, immédiatement en arrière de la racine des bourses, on voit une tumeur ovoïde à grosse extrémité dirigée du côté de l'anus, et ayant le volume d'un petit œuf. La peau à la surface est rouge, luisante, parsemée de veinules bleuâtres. Il y a élévation de la température et fluctuation peu franche, excepté tout à fait au centre. Ce malade souffre beaucoup. Fièvre. — Purgatif, cataplasmes.

Le cinquième jour, la fluctuation est des plus nettes. — Large incision dans le sens antéro-postérieur; issue d'une notable quantité de pus grumeleux. Une mèche de charpie enduite de cérat est placée au fond de la plaie. Cataplasmes.

Pendant plusieurs jours, le pus coule en abondance, mais bientôt le fond de la plaie se tapisse de bourgeons charnus. — Exeat le 15.

Obs. MCVIII. — *Abcès du périnée. Cataplasmes. Guérison.* — Denizot (Pierre), soixante ans, orfèvre-bijoutier, entre le 18 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 77. A vingt-deux ans, chaudepisse. A trente ans, chancre induré. Il y a dix jours, il a ressenti des sortes d'élancements dans la région du périnée, et le lendemain a remarqué une grosseur du volume d'une bille d'enfant. En trois jours elle égalait la moitié d'un œuf de poule : vives douleurs surtout dans la marche.

État actuel. — Pas de fièvre, souffrances légères dans le décubitus; tuméfaction, rougeur de la peau, température plus élevée que sur les parties environnantes, fluctuation manifeste au centre de la tuméfaction ; douleur à la pression. — Cataplasmes.

21 *mars.* — Dans la journée l'abcès s'est ouvert, et le 25 il est complètement guéri.

Obs. MCIX. — *Abcès du périnée. Incision. Guérison.* — Leday (Julien), quarante-deux ans, tailleur de pierres, entre le 4 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 11. Il y a sept jours, il est tombé à califourchon sur un banc de pierre. Sur l'instant, pas de douleur, mais au milieu de la nuit, il fut réveillé en sursaut par une douleur vive en arrière des bourses. Il remarqua en même temps que le périnée était le siège d'un gonflement douloureux à la pression. Jusqu'à son entrée, la tumeur a évolué et les douleurs sont devenues plus vives. La marche est presque impossible.

État actuel. — A la région périnéale, tumeur du volume d'un gros œuf de poule située un peu plus du côté gauche que du côté droit du raphé : molle, fluctuante, à son centre, mais dure sur tout son pourtour. La peau a presque conservé sa couleur normale ; elle est cependant un peu rosée ; sa température par contre est plus

élevée que celle des régions voisines. La pression est douloureuse. Le malade se plaint de ne pouvoir pisser facilement depuis une trentaine d'heures. Léger état fébrile. Inappétence. Garde-robes normales. — Cataplasmes. Bains.

7 *janvier*. — Fluctuation évidente : peau rouge, chaude; douleurs excessivement vives. — Incision profonde : issue d'une grande quantité de pus. Mèche avec tube fenêtré.

9. — Plus de dysurie, soulagement.

22 *février*. — Guérison complète. Sortie.

Obs. MCX. — *Abcès périnéal. Incision. Guérison.* — Pilong (Pierre), trente-six ans, palefrenier, entre le 9 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 4. Depuis une huitaine, il a ressenti quelques élancements à la partie antérieure du périnée. Il y a quatre jours, il a remarqué une tumeur du volume d'une grosse prune. Depuis avant-hier, impossibilité de monter à cheval, et souffrances vives pendant la marche.

État actuel. — En avant de l'anus, on trouve une tumeur de la grosseur d'une mandarine rouge, fluctuante au centre, douloureuse à la pression. La base de la tumeur est dure. La miction s'opère très bien. Léger état fébrile le soir. — Cataplasmes.

Le quatrième jour, incision cruciale, écoulement abondant de pus. — Mèche de charpie, imbibée d'alcool.

Guérison à peu près complète le 21 janvier. Exeat le 22.

Obs. MCXI. — *Abcès du périnée. Incision. Guérison.* — Goujon (Aristide), quarante et un ans, employé de commerce, entre le 27 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 8. Il y a onze jours, sans causes connues, élancements au périnée ; tumeur du volume d'une châtaigne, dure, immobile et douloureuse à la pression. Trois jours après, il ressentait pendant la défécation des douleurs excessivement aiguës ; puis les douleurs se sont accrues et depuis quatre jours il ne peut marcher.

État actuel. — En arrière des bourses, au milieu du périnée, tumeur du volume d'une moitié d'œuf de poule, allongée d'avant en arrière, dure à son pourtour et quelque peu fluctuante à son centre. Cette tumeur est le siège de douleurs continues que la pression et la marche exagèrent. Peau rougeâtre, et chaude; pas de fièvre. — Cataplasmes. Purgatif salin.

2 *novembre*. — Incision avec le bistouri ; écoulement de pus verdâtre et fétide. Mèche de charpie. — 14. Guérison. Sortie.

Obs. MCXII. — *Abcès du périnée. Incision. Guérison.* — Lagarde (Cyprien), trente-neuf ans, cordonnier, entre le 8 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 5 *bis*. Coup de pied au périnée, il y a cinq semaines. Depuis huit jours, douleurs en ce point, et il y a quatre jours il a remarqué dans cette région une tumeur du volume d'une

châtaigne, dure, douloureuse à la pression, et pendant la marche et la défécation.

État actuel. — Sur la partie médiane et antérieure du périnée est une tumeur du volume d'une moitié d'œuf de poule, recouverte par une peau rouge et amincie. La pression est très douloureuse. Fluctuation très manifeste au centre. — Cataplasmes, purgatif.

11. — Incision; mèches; cataplasmes; et le 23, guérison. Sortie.

D. — Dos.

Obs. MCXIII. — *Abcès froid du dos. Drainage. Injections iodées.* — Nimax (Jean), cinquante-deux ans, ébéniste, entre le 11 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 11. Tousse depuis l'âge de vingt-deux ans. L'année dernière, en portant un lourd fardeau, il sentit tout à coup une douleur assez vive à la région dorsale, en même temps qu'il y perçut un craquement. A partir de ce moment une petite tumeur commença à s'y dévevelopper et alla peu à peu en augmentant. Depuis le courant de septembre, impossibilité de travailler en raison de la douleur dorsale. La tumeur augmente notablement.

État actuel. — Tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur, située au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, à gauche de la colonne vertébrale, dont la crête épinière limite son bord interne. Pas d'élévation de température locale. Douleur à la pression au niveau de l'apophyse épineuse de la dixième ou onzième vertèbre dorsale. Quelques signes de tuberculose pulmonaire. Bon appétit : pas de fièvre.

17 *janvier.* — Drainage de l'abcès : injection iodée. — Cette injection est répétée tous les deux jours, et le malade sort le 25.

Obs. MCXXIV. — *Abcès froid sous-cutané de la région dorsale, survenu sans cause appréciable. Drainage. Guérison.* — Weil (Maurice), cinquante-neuf ans, employé, entre le 19 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Au mois de mars dernier, sans cause connue, sans traumatismes ou efforts, le malade ressentit dans le dos des douleurs qui, d'intermittentes qu'elles étaient d'abord, devinrent continues et vives au point d'empêcher le sommeil. — Vésicatoire : nul résultat. Vers la fin du mois de juin une grosseur se montrait à l'endroit même où le vésicatoire avait été appliqué.

État actuel. — Dans la région indiquée est une tumeur du volume d'une orange, fluctuante, un peu douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, absolument irréductible, sans bruit de souffle ni sensation d'expansion. Légère élévation de température à ce niveau. Les parties voisines paraissent saines. Pas de déformation de la colonne vertébrale. La pression sur les côtes, dans

le voisinage ou sur les parties adjacentes de la colonne, ne détermine aucune douleur.

22 *juillet.* — Drainage ; issue d'une assez grande quantité de pus mal lié et granuleux. Injection d'eau phéniquée au vingtième. Pansement de Lister.

23. — Douleur. Insomnie. Fièvre légère.

1er *août.* — Injection de teinture d'iode : moins de douleurs.

Pendant le mois d'août, on fait tous les jours dans le tube à drainage des injections de teinture d'iode. Le 15 septembre on retire le tube. Pendant les jours suivants un peu de pus s'écoule par chacun des orifices, qui finissent par se cicatriser. Le malade sort guéri le 30 septembre.

Obs. MCXV. — *Anthrax volumineux du dos. Incision. Guérison. Pas de diabète.* — Bernard (Grégoire), quatre-vingts ans, journalier, entre le 8 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 12. Difficile à interroger à cause d'une surdité prononcée (datant d'un an). Malade trois mois avant d'entrer à l'hôpital, mal au ventre, à la tête, au côté, perte d'appétit, ne buvait que du lait.

Quinze jours avant d'entrer, douleurs dans le dos, apparition d'un anthrax du volume d'un œuf, vers la pointe de l'omoplate droite ; fluctuation. Rien dans les urines. — Incision en croix. Pansement au vin aromatique. — Soulagement marqué. La tuméfaction diminue et le malade part pour Vincennes le 4 juin.

Obs. MCXVI. — *Kyste sébacé à la partie inférieure et médiane de la région lombaire. Opération. Guérison.* — Jourdel (Alphonse), cinquante-deux ans, tailleur, 6 juillet 1882 (externe). Il y a une dizaine d'années, ce malade a constaté à la partie inférieure de la colonne lombaire une petite grosseur qui s'est développée insensiblement sans déterminer jamais aucune douleur. Depuis quelques mois, elle semble prendre assez rapidement de plus notables proportions.

État actuel. — Tumeur siégeant sur la ligne médiane à la partie inférieure de la région lombaire. Elle a le volume d'une pomme, est molle, fluctuante, non adhérente aux parties profondes, recouverte par une peau peu épaisse et colorée en rose. Pas de douleurs spontanées, pas de douleurs à la pression. Bon état général. Aucune autre tumeur de même nature, sur un autre point du corps. — Incision. Grattage de la poche ; suture ; tube à drainage. Pansement de Lister. — Injections tous les jours d'eau phéniquée au quarantième.

13 *juillet.* — Ablation des points de suture ; réunion. Quelques bandelettes de diachylon.

Obs. MCXVII. — *Kyste sébacé enflammé du dos. Ablation.* — Favier (Louis), cinquante-huit ans (externe). Pas d'antécédents syphilitiques ou strumeux. Porte depuis vingt ans une tumeur, qui, dans le cours de ces dernières semaines, a pris une extension considérable,

atteignant rapidement le volume d'un œuf; douleurs, inflammation, ulcération de la peau qui la recouvre.

Actuellement. — Trois pertuis donnant issue à un pus épais et mêlé de grumeaux blanchâtres. De petits furoncles existent sur sa périphérie. Le tout exhale une odeur désagréable. La tumeur siège à quelques centimètres au-dessus de l'omoplate droite, non loin de la ligne médiane. Pas de douleur sur les apophyses épineuses voisines, ni sur les côtes correspondantes. — Incision large. Grattages; sutures. Pansement antiseptique.

22 *juin.* — Le malade va très bien, les fils métalliques sont retirés.

26. — Il ne reste plus qu'une toute petite plaie. Pansement au diachylon. Exeat.

Obs. MCXVIII. — *Fibro-lipome du dos. Ablation. Guérison.* — Massonet (Eugénie), cinquante-trois ans, femme de ménage, entre le 26 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 40. Très bonne santé habituelle. Elle s'est aperçue de sa grosseur au niveau de l'angle de l'omoplate gauche il y a trois ans, mais elle n'en a pas souffert malgré son accroissement jusqu'à il y a deux mois. Depuis, engourdissement fréquent du bras et gêne des mouvements; de plus la tumeur semble grossir plus rapidement.

État actuel. — Tumeur située profondément sous le grand dorsal; dure, grosse comme deux œufs, non fluctuante manifestement, ne se déplaçant pas sur les plans sous-jacents, suivant les mouvements de l'omoplate. — Incision verticale de 12 centimètres environ. La tumeur est profondément située et semble tenir au bord axillaire de l'omoplate par un pédicule. Ablation par *morcellement.* On reconnaît alors qu'il s'agit d'un fibro-lipome dans lequel le tissu fibreux prédomine. Drain. Sutures aux fils d'argent. Pansement phéniqué.

Suites très simples. Le quatrième jour on enlève les sutures; la plaie était parfaitement réunie. Bandelettes collodionnées. Le dixième jour on enlève le tube, et la malade sort le 12 décembre, ne gardant plus qu'un petit point non cicatrisé. Depuis, elle est revenue dans la salle : guérison complète; pas de gêne des mouvements.

Obs. MCXIX. — *Lipo-sarcome développé aux dépens de l'aponévrose profonde du grand dorsal. Ablation. Guérison.* — (Pièce moulée et déposée dans notre collection du musée Saint-Louis). Porcheron (Joséphine), cinquante-trois ans, ménagère, entre le 29 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55 *bis.* Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Ménopause il y a quatre ans. Il y a un an, elle remarqua au-dessous de la région scapulaire postérieure gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, molle et indolente. Cette production s'est développée progressivement et assez rapidement en déterminant

une sensation d'engourdissement, s'irradiant au bras correspondant et exaspérée par la chaleur du lit.

État actuel. — Immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, existe une tumeur régulièrement hémisphérique, du volume de la moitié d'une tête de fœtus à terme, s'avançant jusqu'au bord postérieur du creux axillaire. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau, légèrement distendue, ne présente pas d'altération. Au toucher elle est mobile à la surface de la tumeur ; celle-ci est située dans l'épaisseur du grand dorsal, dont elle suit les mouvements. Sa consistance varie suivant l'état de relâchement ou de contraction du muscle. Lorsqu'il est relâché, la tumeur est molle et offre une fausse fluctuation. Lorsqu'il se contracte, elle devient dure et fibroïde. Elle est bien limitée et paraît enkystée. Rien dans les ganglions axillaires. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général assez satisfaisant.

26 *novembre.* — Chloroforme. La malade étant couchée sur le côté droit, le bras gauche relevé et maintenu par un aide, nous faisons avec le bistouri à la surface de la tumeur une incision verticale longue de 10 centimètres, comprenant l'aponévrose superficielle du grand dorsal, et les fibres de ce muscle. Nous arrivons alors sur la coque fibreuse propre de la tumeur. A l'aide des doigts et de la spatule nous détruisons facilement les adhérences celluleuses lâches qui l'unissent au muscle, sauf en un point de sa face profonde, qui se confond intimement avec l'aponévrose profonde. Nous sommes obligé de nous servir du bistouri sur une étendue de 5 centimètres de diamètre, qui représente la surface d'implantation. Trois pinces sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Onze points de suture métalliques. Drainage. Pansement phéniqué.

Sur une coupe. — La tumeur offre l'aspect du lipo-sarcome : texture serrée et finement granuleuse ; trame fibreuse peu développée et arborisée. Pas de vaisseaux apparents, pas de lobules graisseux. Les aréoles sont remplies par un tissu jaune terne, qui rappelle assez exactement de la substance blanche cérébrale durcie et macérée dans l'alcool.

Pas d'accidents consécutifs. Pas de réaction fébrile. On enlève les fils le septième jour. Réunion par première intention, et, le 25 décembre, guérison. Sortie.

§ IV

Memrre supérieur.

1° *Épaule.*

Obs. MCXX. — *Contusion de la région scapulaire droite. Guérison.* — Burlot (Louis), trente-quatre ans, cabaretier, entre le 14 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 18. Toujours bonne santé. Ce matin, le malade, en conduisant son cheval par la bride, fut pris entre un réverbère et l'extrémité du timon de la voiture, qui porta sur la région scapulaire droite.

État actuel. — Malade se plaint de fortes douleurs de dos. Gonflement et ecchymose de la région scapulaire droite. Pas de fracture de l'omoplate, ni de côtes, quoique le malade ait craché un peu de sang; gêne de la respiration. Rien aux poumons. Compresses d'alcool camphré. — Amélioration rapide ; et le 21 novembre guérison, exeat.

Obs. MCXXI. — *Rupture musculaire par un effort violent. Abcès hématique suppuré. Mort par broncho-pneumonie. Autopsie.* — Josselin, cinquante-cinq ans, employé, entre le 2 janvier 1882, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité : bonne santé. A porté violemment le bras gauche en l'air, pour se garer d'une pièce de fonte : il sent tout à coup dans la région de l'épaule une douleur vive, analogue à celle que produirait le choc d'un corps dur, ou d'un coup de bâton. Aucune lésion appréciable sur la partie malade : peut continuer à travailler. Au bout de six semaines il s'aperçut que le haut de son dos gonflait. — Pommades et vésicatoires. Nul effet.

État actuel. — Tuméfaction énorme occupant toute la région scapulaire gauche, ayant 40 centimètres de pourtour : teinte violacée. Fluctuation manifeste sur toute l'étendue de la tumeur, qui se prolonge jusque dans le creux axillaire. État général bon. Rien dans les urines. — Incision. Issue d'une grande quantité de pus bien lié, et mêlé un peu de quelques stries sanguinolentes. Contre-ouverture. Drain. Grands lavages. Pansement de Lister.

8 *janvier.* — Le malade a bien reposé. Pas de fièvre, pas de frisson. — Potion tonique.

10. — Le malade tousse un peu ; enrouement ; faciès altéré.

11. — L'enrouement est plus prononcé. La voix est rauque, presque voilée. Rien d'anormal du côté de la plaie.

12. — Dans la nuit le malade se sent mouillé : hémorrhagie assez abondante, arrêtée par la compression. Le matin : faciès pâle; rien du côté de la plaie. — Continuation de la potion de Todd avec extrait de quinquina.

13, 14, 15. — Aucun changement appréciable dans l'état du malade. Les pansements sont régulièrement faits, et le malade est tonifié le plus possible. L'enrouement persiste. — Sirop de térébenthine.

17. — Le soir, petite hémoptysie ; toux sèche, opiniâtre.

18. — Hémoptysie assez abondante. — Potion avec ergotine, 2 grammes. La respiration est embarrassée, et des deux côtés de la poitrine il y a du souffle entouré d'une zone de râles sous-crépitants fins.

19. — État semi-comateux ; dyspnée : signes de broncho-pneumonie.

21. — Aggravation des symptômes, mort dans la soirée.

Autopsie. — Pas d'épanchement dans les plèvres. Les *poumons* sont le siège d'une hépatisation fort étendue et grise en certains points. — Le *péricarde* est sain, mais est le siège d'un épanchement de sérosité claire de la valeur d'un demi-verre. — Le *foie* est gras. — Les *reins* sont congestionnés. Rien dans les autres viscères. La poche du dos est sous-musculaire, tomenteuse, et contient encore des caillots.

Obs. MCXXII. — *Abcès énorme de l'épaule gauche. Drainage.* — Scœne (Louis), vingt-six ans, journalier, entre le 22 novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. Pas d'antécédents diathésiques, mais surmenage et misère physiologique. Il y a trois semaines, à la suite d'une grande fatigue, il remarqua à la face postérieure de l'épaule gauche une tumeur déjà volumineuse, molle, fluctuante, indolente ; progrès rapides.

État actuel. — La moitié de la paroi thoracique postérieure est déformée par une énorme tumeur ovoïde, à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure, qui masque totalement l'omoplate et la plus grande partie des côtes et des espaces intercostaux. Elle s'étend verticalement du bord supérieur du scapulum à la onzième côte, et transversalement des apophyses épineuses des vertèbres à l'aisselle ; sa surface est lisse ; la plaie luisante, amincie, offrant en certains points une coloration rouge, vineuse. Fluctuation dans toute son étendue. Elle ne suit pas les mouvements de l'omoplate. Indolence. Rien dans les ganglions axillaires. Il est impossible d'explorer le scapulum. Raideur de l'articulation scapulo-humérale. Rien d'appréciable du côté du rachis ou des côtes. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général peu satisfaisant. Émaciation.

25 *novembre.* — Incision : issue de pus verdâtre et grumeleux. L'exploration de la poche avec l'index ne permet de reconnaître aucun point osseux dénudé. Contre-ouverture, drainage. Injections antiseptiques. — (Il est sorti plus de 2 litres de pus et un peu de sang.)

27. — Indolence : pas de fièvre.

12 *décembre.* — État général et local satisfaisants. Guérison en bonne voie ; demande à sortir.

Obs. MCXXIII. — *Abcès froid de la région scapulaire postérieure.* Robinet (Michel), quarante-quatre ans, homme de peine, entre le 24 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 74. Constitution assez forte. Rien dans ses antécédents. Porte depuis quelque temps au niveau de la fosse sous-scapulaire gauche une tumeur, qui, *actuellement*, a le volume d'une tête de fœtus fluctuante, est recouverte d'une peau bleuâtre et fortement vascularisée. La pression sur l'épine et l'omoplate ne détermine pas de douleur. Les côtes paraissent également saines.

25 *juin.* — Incision, issue d'un litre de pus très séreux ; parois de la poche anfractueuses, irrégulières ; pas de lésion osseuse apparente. — Injection phéniquée. — Pansement compressif.

26, 27. — Même pansement. Les parois de l'abcès s'accolent facilement, et le 28 le malade sort sur sa demande.

Obs. MCXXIV. — *Abcès par congestion de la région scapulaire.* — Bouton (Léon), vingt ans, plombier, entre le 13 avril 1881, salle Saint-Augustin. Gourme étant petit. Sujet à s'enrhumer l'hiver. Il y a un mois et demi, après avoir porté une lourde charge sur l'épaule droite, sent de la douleur au niveau de l'omoplate. La douleur va croissant et l'oblige à quitter son travail au bout de huit jours. En même temps apparaissait progressivement une grosseur dans le dos, elle s'accompagnait de douleurs, d'élancements avec irradiations dans tout le bras.

État actuel. — Homme peu vigoureux, pâle. Sur l'omoplate droite, dans la fosse sous-épineuse, tumeur arrondie, sans changement de coloration à la peau, de la grosseur d'un œuf de poule, non adhérente à la peau, fluctuante, se déplaçant avec l'omoplate, peu douloureuse à la pression. On ne trouve de douleur que sur le bord axillaire et spinal de l'omoplate, où elle est d'ailleurs peu vive. — Ponction exploratrice avec l'appareil Dieulafoy ; issue de pus séreux. *Chloroformisation.* Incision ; poche anfractueuse, pas d'altération osseuse apparente ; il n'y a qu'un trajet sur le bord spinal de l'omoplate entre les muscles, mais n'arrivant pas sur l'os, on y place un drain et on panse à plat. Pansement Lister.

13 *mai.* — Part pour Vincennes, guéri.

Obs. MCXXV. — *Kyste sébacé de l'épaule droite, fistuleux ; découverte d'un tube à drainage oublié dans la poche. Ablation. Guérison.* — Bretin (Jean), cinquante-sept ans, cordonnier, opéré le 29 avril 1882. Le malade était porteur depuis plusieurs années, sur son épaule droite, au niveau de la fosse sus-épineuse, d'un kyste sébacé qui fut opéré le 13 juillet dernier. L'opération n'a, paraît-il, consisté qu'en une incision ; le médecin n'aurait pas enlevé la poche. Depuis cette époque il sort tous les jours par l'orifice une assez notable quantité de pus.

Etat actuel. — Dans la région indiquée, on constate l'existence d'un orifice par lequel la sonde introduite peut reconnaître un décollement périphérique de 3 à 4 centimètres. Tout autour existe une induration manifeste.

29 *avril.* — A l'aide du thermo-cautère, incision cruciale; dans la plaie est un tube à drainage replié sur lui-même, d'une longueur de 8 centimètres, et que le médecin y avait laissé pensant qu'il s'était égaré dans le lit. Pansement de Lister.

8 *mai.* — La plaie va toujours très bien. Même pansement. Le malade se plaint d'éprouver un point de côté au niveau du septième espace intercostal droit; nombreux frottements à l'auscultation. — Vésicatoire camphré de 8 centimètres sur 10.

12. — Amélioration dans l'état de la poitrine.

20. — La cicatrisation est presque complète. Exeat.

Obs. MCXXVI. — *Lipome de la région scapulaire postérieure. Ablation. Guérison.* — Ravel (Marie), trente-deux ans, ménagère, entre le 19 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 46. Pas d'hérédité, pas d'antécédents pathologiques. Il y a six mois elle remarqua, par hasard, dans la région sus-épineuse droite, une tumeur indolente, mollasse, du volume d'une noix.

État actuel. — Tumeur du volume et de la forme d'un œuf de dinde à grand axe transversal; peau normale. Consistance mollasse. La tumeur est mobile sous les téguments et sur les couches profondes. Rien dans les ganglions. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

19 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri nons fendons en deux la tumeur; ablation des deux moitiés avec les doigts. Drains. Sept points de suture métalliques. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

21. — On enlève la moitié des sutures et le drain : réunion.

23. — Ablation des autres sutures, et le 26 cicatrisation complète. Exeat.

Obs. MCXXVII. — *Volumineux lipome de la région scapulaire postérieure. Ablation. Guérison.* — Villetard (Pierre), soixante-trois ans, entre le 7 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 12. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, bonne santé habituelle. Il y a quatorze ans il remarqua par hasard, à la face postérieure de l'épaule gauche, une tumeur indolente, mollasse, du volume d'un œuf de poule; accroissement progressif; sensation de pesanteur et de tiraillement.

État actuel. — La région scapulaire postérieure gauche est déformée par une tumeur ovoïde à grosse extrémité inférieure, du volume d'une panse de mouton, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. Cette tumeur s'implante au niveau de la face posté-

rieure de l'omoplate sur une surface qui s'étend verticalement de l'épine de cet os à son angle inférieur et transversalement de son bord spinal à son bord axillaire. Elle retombe sur le dos à la manière d'une besace; peau couleur lie de vin en bas; veinosités en haut; tout à fait à la partie déclive, ulcérations superficielles recouvertes de croûtes noirâtres avec des teintes de sphacèle. Cette peau est mobile à la surface de la masse morbide au voisinage de l'implantation, adhérente dans le reste de l'étendue. La tumeur est mollasse et faussement fluctuante. La tumeur présente les caractères du lipome enkysté dans la portion en besace, et ceux du lipome en grappe au niveau de son implantation. Rien dans les ganglions axillaires. État général satisfaisant.

12 *novembre.* — Chloroforme. Pendant que des aides exercent de la compression au pourtour de la tumeur, nous transfixons celle-ci avec un long couteau à amputation, à trois travers de doigt de son implantation, et nous enlevons du même coup la portion procidente et la peau qui la recouvre. Nous disséquons alors la portion adhérente; celle-ci est bien constituée, comme nous l'avions supposé, par des grappes dont chaque lobule s'est creusé une loge dans l'épaisseur des tissus cellulaire et aponévrotique; aussi sommes-nous obligé de l'enlever fragment par fragment et par voie de dissection. Ligatures au catgut. Vingt-trois points de suture avec des fils de soie et du crin de Florence. Drain. Pansement phéniqué et ouaté compressif. — La tumeur pèse 3 kil. 150 grammes.

15. — Pas de réaction fébrile.

17. — On enlève les fils. Réunion par première intention, sauf à l'angle inférieur; suppuration modérée.

28. — Suppuration tarie, on enlève le tube. Les jours suivants, cautérisation des bourgeons charnus avec le nitrate d'argent, et le 3 décembre, guérison. Exeat.

2° *Aisselle.*

Parmi les tumeurs axillaires qui ces deux années-ci ont été peu variées, les observations MCXLII et MCXLIII méritent d'être rapprochées. Il s'agit, dans la première, d'un sarcome des ganglions axillaires, dans la seconde, d'un lymphadénome. Les deux malades se trouvaient dans notre service à la même époque, ils furent opérés le même jour, de sorte qu'il était facile d'établir les différences cliniques et anatomo-pathologiques de ces deux variétés de tumeurs.

Au point de vue clinique, le sarcome était composé de trois

ganglions volumineux, isolés les uns des autres, mobiles sous la peau et sur les couches profondes, de consistance charnue, un peu molle. Les ganglions des autres régions étaient sains, tandis que le lymphadénome se composait d'une vingtaine de ganglions, réunis en masse, plus intimement unis au tissu cellulaire ambiant, de consistance plus ferme, plus fibreuse. D'autre part les ganglions du cou étaient également envahis. Au point de vue anatomo-pathologique, les ganglions sarcomateux n'étaient unis au tissu cellulaire ambiant que par des tractus celluleux lâches, de sorte qu'après l'incision de la peau ils vinrent faire brusquement hernie entre les lèvres de la plaie, et qu'il nous fut aisé de les énucléer avec les doigts et la spatule. D'autre part la coupe montrait un tissu uniforme gris-rosé, finement granuleux, au milieu duquel les cloisons fibreuses avaient disparu. Il n'existait plus trace de lobes et de lobules.

Les ganglions atteints d'hypertrophie simple, au contraire, étaient soudés à un tissu cellulaire ambiant plus dur, plus fibreux; ils étaient moins facilement énucléables, et nous dûmes les enlever plus par dissection que par énucléation. A la coupe ils offraient un tissu jaunâtre, nettement séparé en lobes et en lobules par des cloisons fibreuses hypertrophiées.

Ajoutons que l'atmosphère celluleuse des ganglions hypertrophiés était remplie de veinules, qui existaient, mais moins abondantes, au pourtour des ganglions sarcomateux.

Ces remarques prouvent une fois de plus combien est difficile le diagnostic des affections ganglionnaires. S'il est en effet facile d'établir ce diagnostic lorsqu'on a en main les pièces anatomiques, la question est autrement compliquée lorsqu'on n'a pour guide que les caractères cliniques : autant en effet les différences anatomo-pathologiques sont marquées, autant les nuances cliniques sont peu tranchées.

Ajoutons que, comme on peut le voir par la lecture des observations, nous procédons à l'ablation des tumeurs du creux axillaire, autant que faire se peut, par énucléation avec les doigts et la spatule, joignant à cela le morcellement si la tumeur est un peu grosse et encapsulée.

Obs. MCXXVIII. — *Abcès de l'aisselle. Drainage. Guérison.* — Flaudin (Honoré), trente ans, journalier, entre le 17 juin, salle Saint-Augustin, n° 81, pour un abcès superficiel mais non tubéreux de l'aisselle droite. Pas de causes apparentes. — Ouverture. Drainage. Pansement de Lister. — Guérison le 25.

Obs. MCXXIX. — *Adéno-phlegmon axillaire suppuré. Incision. Guérison.* — Bourgeois (Émile), âgé de dix-sept ans, tourneur, entré le 28 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 3. Vers le 12 juin ce malade constata, dans le creux axillaire droit, l'existence de petites tuméfactions au nombre de trois ou quatre, peu douloureuses, roulant assez facilement sous la peau. Les symptômes s'accentuèrent peu à peu, et bientôt tout mouvement du bras détermina des douleurs vives au niveau de l'aisselle malade.

État actuel. — Dans le creux axillaire droit, et le remplissant en partie, existe une masse lobulée non fluctuante, assez dure, sans changement de couleur à la peau, peu mobile, douloureuse à la pression, recouverte par une peau œdémateuse et empâtée. Le bras est écarté du tronc; il est difficile et douloureux de le rapprocher. Aucune affection causale appréciable. État fébrile.

1er *juillet.* — Depuis deux jours, douleurs beaucoup plus vives, peau saillante et rouge; la fluctuation est manifeste. — Incision. Issue de pus. Pansement à l'eau alcoolisée.

10. — La cicatrisation est en partie effectuée, et, le 15, le malade va à Vincennes; aucun empâtement dans la région axillaire, mais encore une petite plaie.

Obs. MCXXX. — *Adénite suppurée de l'aisselle. Drainage. Guérison.* — Guillaumet (Léon), vingt-trois ans, teinturier, entre le 30 août 1881, n° 81, salle Saint-Augustin. Tempérament scrofuleux ; il a remarqué il y a six semaines une tumeur dans le creux axillaire. Cette tumeur, peu volumineuse et indolente au début, a grossi rapidement et est aujourd'hui le siège de douleurs très aiguës.

A son entrée. — On trouve dans l'aisselle une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse, fluctuante ; elle siège au-dessous du grand pectoral. La peau est rouge, chaude et luisante. Fièvre. — Drainage. Lavages phéniqués, cataplasmes.

25 *septembre.* — Guérison presque complète. Exeat.

Obs. MCXXXI. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle. Drainage. Guérison.* — Varin (Louis), vingt-trois ans, cartonnier, entre le 30 juin 1881, n° 5 *bis*, salle Sainte-Marthe. Jeune homme très bien portant, n'avoue aucune maladie vénérienne. Depuis un mois il souffre beaucoup dans l'aisselle, où, il y a dix-sept jours, s'est produit un gonflement.

Etat actuel. — Dans le creux de l'aisselle, mais se rapprochant davantage de la paroi antérieure, tumeur du volume d'un gros œuf de

poule, excessivement douloureuse et qui gêne les mouvements de l'articulation. La peau à la surface est rouge, tendue, sillonnée par quelques veinules dilatées. Elle siège en arrière de la portion externe du grand pectoral. La peau est chaude; fluctuation un peu obscure à la partie déclive. Douleurs vives. Fièvre. — Cataplasmes.

4 juillet. — Drainage. Lavages avec la teinture d'iode.

6. — Soulagement. La fièvre a diminué.

25. — Guérison presque complète. Exeat.

Obs. MCXXXII. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle. Drainage. Guérison.* — Volnat (Cyprien), trente-deux ans, charpentier, entre le 30 juillet 1881, au n° 11 de la salle Sainte-Marthe. Homme vigoureux, qui, sans cause connue, a vu apparaître, il y a trois semaines, dans l'aisselle du côté droit, une tumeur qui avait au début le volume d'une noisette. Tout d'abord elle ne le faisait pas souffrir, mais en grossissant, elle est devenue douloureuse.

Etat actuel. — Dans l'aisselle, tumeur du volume d'une mandarine : peau rouge, enflammée, amincie ; fluctuation. Les douleurs s'irradient dans tout le bras, l'avant-bras et jusque dans la main. Un peu de fièvre. Drainage avec un trocart courbe.

20 *août.* — Guérison presque complète. Exeat.

Obs. MCXXXIII. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle. Drainage.* — Spedder (Jean), quarante-cinq ans, journalier, entre le 18 mai 1881, n° 4 de la salle Sainte-Marthe. Sujet robuste ; n'a jamais eu de maladies. Il y a dix jours, sans cause connue, il a vu se développer dans le creux de l'aisselle près de la racine du bras, une tumeur du volume d'une noix et qui *aujourd'hui* a celui d'un petit œuf de poule. La peau est rouge, amincie et chaude; fluctuation. Etat général excellent; apyrexie. — Drainage. Lavages phéniqués. — Exeat le 20.

Obs. MCXXXIV. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle droite. Ponction. Drainage. Guérison.* — Tasselle (Louis), trente-deux ans, garçon de salle, entre le 28 septembre 1881, au n° 7 de la salle Sainte-Marthe. Ophthalmie dans l'enfance. Aucune maladie sérieuse depuis. Il y a cinq semaines, il a ressenti des douleurs près de la racine du bras : tumeur du volume d'une noix, dure, douloureuse, roulant sous le doigt.

Actuellement. — Derrière la paroi antérieure de l'aisselle existe une tumeur du volume d'une mandarine, dure, rénitente : peau rouge et chaude. — Cataplasmes. — Le cinquième jour fluctuation. Ponction. Drain. Lavages phéniqués. Cataplasmes.

Dix jours après, la guérison était complète. Sortie.

Obs. MCXXXV. — *Abcès froid de la région axillaire droite. Guérison.* — David (Isidore-François), trente et un ans, correcteur d'imprimerie. Entré le 12 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. — Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé dans sa jeunesse : ser-

vice militaire en Algérie, où le malade a souvent couché par terre. Chancre infectant en 1874. En 1878, sans cause connue, le malade commença à éprouver des douleurs dans le côté gauche, puis le côté droit de la poitrine, et en 1880, il vit apparaître dans l'aisselle droite une petite tumeur non douloureuse, que l'on ouvrit au mois d'avril dernier. Bientôt après, une autre petite tumeur se développa au-dessous de la première près du sein droit.

État actuel. — Tumeur du volume d'un œuf de poule située à la partie externe du sein droit et se prolongeant vers l'aisselle, tumeur non douloureuse à la pression, liquide, sans battements, sans changement de coloration de la peau à son niveau. Au fond de l'aisselle, cicatrice de la première incision. Rien au sein droit. Quelques râles humides au sommet du poumon droit. Rien au cœur. Urines normales. État général assez bon. — Ouverture de la poche purulente avec le bistouri. Pas de surface osseuse cariée. Pansement phéniqué.

Malade sort le 20 décembre, guéri.

Obs. MCXXXVI. — *Abcès tuberculeux de l'aisselle gauche. Adénite chronique tuberculeuse. Ablation des ganglions malades et des parois de l'abcès.* — Marty (Alfred), six ans et demi, 24 décembre 1882 (externe). Pas d'hérédité. Lymphatisme, jamais de maladies graves. Ses parents auraient remarqué à son retour de nourrice, à deux ans, qu'il portait sur la paroi interne de l'aisselle gauche une tumeur du volume d'une noisette. Cette production, après être restée stationnaire pendant trois ans, s'est développée rapidement par la suite.

État actuel. — La paroi interne de l'aisselle gauche est déformée par une tumeur du volume d'une mandarine, conoïde, à sommet acuminé. La peau qui la recouvre est rouge, prête à se rompre : les réseaux capillaires sont très développés. Au toucher la tumeur est molle, liquide, franchement fluctuante dans sa portion saillante ; elle se continue, au-dessous de l'aponévrose, avec une masse solide qui rappelle par ses caractères les ganglions hypertrophiés. La tumeur, adhérente à la peau dans le point central, est partiellement mobile sur les couches profondes. Indolence. Rien dans les ganglions des autres régions. État général encore satisfaisant.

24 *décembre.* — Chloroforme. Incision, exploration avec le bistouri, qui donne issue à 80 grammes d'un pus caséeux, épais, jaunâtre, crémeux, contenant des grumeaux. Dans la crainte d'une affection tuberculeuse des ganglions, nous disséquons avec soin les parois de l'abcès afin de les enlever complètement et nous reconnaissons, au cours de l'opération, que ces parois ont contracté des adhérences avec le muscle grand dorsal, qu'elles envoient un prolongement du côté des gros vaisseaux de l'aisselle, ce qui nous oblige à redoubler de précautions, enfin qu'elles masquent plusieurs gan-

glions hypertrophiés dont le volume varie de celui d'un haricot à celui d'une noisette et que nous enlevons. Drain. Suture. Pansement phéniqué.

A la coupe, les ganglions malades présentent les caractères de l'adénite tuberculeuse, les plus volumineux sont même réduits à une coque mince remplie de caséum.

Le malade sera soigné chez lui, par son médecin.

Obs. MCXXXVII. — *Adénite caséeuse de l'aisselle. Ablation. Guérison.* — Cornet (Pierre), vingt-trois ans, imprimeur, entre le 11 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22. S'est toujours bien porté. Il y a trois mois, gêne à faire les mouvements du bras droit; et, dans l'aisselle, tumeur du volume d'une noix, peu douloureuse et assez dure : a grossi depuis et est devenue douloureuse.

A son entrée. — Dans le creux axillaire de la partie antérieure et interne, tumeur du volume d'une mandarine, recouverte d'une peau normale, peu douloureuse à la pression, sans adhérence avec la peau ni avec les parties profondes, mollasse.

18 *août.* — Anesthésie. Incision verticale avec le bistouri, et l'on arrive sur la tumeur que l'on énuclée par morceaux avec le doigt et une spatule. Le contenu de la tumeur est de la matière caséeuse. Drainage. Suture. Pansement phéniqué.

19. — Le malade a beaucoup souffert. Pendant huit jours, il y a quelques douleurs, puis la cicatrisation s'établit.

29. — Sort presque guéri.

Obs. MCXXXVIII. — *Hypertrophie caséeuse des ganglions axillaires. Ablation. Contre-ouverture à travers la paroi postérieure de l'aisselle. Drainage. Guérison.* — Parent (Marie), douze ans et demi, 7 mai 1881 (externe). Pas d'antécédents héréditaires. Lymphatisme. Jamais de maladies graves. Il y a deux mois, sensation de gêne et douleurs dans l'aisselle gauche : ganglion du volume d'une petite noix, mobile sous la peau, de consistance solide. La tumeur fit des progrès rapides et ne tarda pas à envahir la majeure partie de la paroi interne du creux axillaire, en déterminant des douleurs extrêmement vives. Un médecin fit alors une ponction sous-cutanée qui ne donna issue à aucun liquide. Ultérieurement les douleurs se calmèrent, mais l'accroissement de la masse morbide continua.

État actuel. — Les parois interne et antérieure de l'aisselle gauche sont déformées par une tumeur hémisphérique dont le volume égale la moitié d'une tête de fœtus à terme. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes : peau amincie, tendue, mais non adhérente avec des vésicules dilatées et nombreuses, d'où une teinte bistrée générale. La consistance de la tumeur, ferme, élastique, rappelle celle des hypertrophies caséeuses; elle est composée de plusieurs masses ganglionnaires dont le volume varie de

celui d'une noix à celui d'un œuf de poule. Elle adhère par sa face profonde aux tissus sous-jacents. Rien dans les ganglions des régions voisines. Les douleurs n'apparaissent qu'à la pression. État général satisfaisant.

7 *mai*. — Chloroforme. Incision verticale de 12 centimètres : ablation avec facilité, par morcellement, de la majeure partie de la masse morbide. Arrivé au voisinage du faisceau vasculo-nerveux, nous reconnaissons que plusieurs ganglions contractent des adhérences avec les vaisseaux et les nerfs et les refoulent. Nous procédons avec les plus grands ménagements pour éviter tout délabrement. Après avoir fait rétracter les vaisseaux, nous sommes assez heureux pour énucléer, comme précédemment, les ganglions profonds en détruisant les adhérences à l'aide des doigts. Il reste une cavité capable de loger le poing d'un adulte ; nous traversons de part en part la paroi postérieure de l'aisselle à l'aide d'un trocart que nous introduisons au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate : un drain est passé par là. Suture. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

Nous avons enlevé huit ganglions dont le volume moyen est celui d'un petit œuf de poule. Chacun d'eux est parfaitement isolé dans sa membrane d'enveloppe. — *A la coupe* on reconnaît qu'il s'agit bien d'hypertrophie caséeuse. La trame fibreuse est intacte, seulement les cloisons sont notablement hypertrophiées ; quant au tissu propre du ganglion, il est complètement transformé en noyaux caséeux.

Pas de réaction fébrile, pas d'accidents consécutifs. On enlève les fils les cinquième et sixième jours ; réunion par première intention, sauf à l'angle inférieur. Suppuration toujours modérée.

Le vingtième jour, la suppuration est tarie, on enlève le tube. Au bout d'un mois, guérison.

Obs. MCXXXIX. — *Tuberculisation des ganglions axillaires. Ablation de la tumeur.* — Reissinger (Marie), vingt ans, polisseuse, entre le 27 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 52. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Grossesse normale, il y a 1 an. Deux jours après l'accouchement, sans gerçure au mamelon, sans écorchure de la main ou des autres régions, gonflement de l'aisselle gauche. Cette tuméfaction prit peu à peu les caractères d'une véritable tumeur qui se développa progressivement et devint le siège de vives douleurs irradiées au cou, au bras et à l'avant-bras.

État actuel. — La partie antéro-interne de l'aisselle gauche est déformée par une tumeur du volume d'une mandarine, moniliforme, composée de plusieurs lobes. Le supérieur, plus volumineux, offrant les dimensions d'une pomme d'api, est arrondi et siège dans le creux axillaire ; les autres, dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une noisette, sont plus rapprochés de la région pectorale. A la vue, la peau a conservé ses caractères, mais au toucher,

on sent qu'elle est dans un état subinflammatoire, légèrement œdématiée, adhérente au lobe principal de la tumeur. Celui-ci offre la disposition des tumeurs ganglionnaires, sa consistance mollasse, semi-fluctuante, rappelle celle de l'adénite caséeuse tuberculeuse ; elle adhère au tissu cellulaire périphérique qui est lui-même œdématié et empâté. Pas de phénomènes de compression vasculaire. Douleurs irradiées aux branches du plexus brachial et indiquant que ces nerfs sont comprimés. Rien dans les ganglions des autres régions. Submatité aux deux sommets. Respiration rude. Râles muqueux.

1er *avril.* — Chloroforme. Incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Nous énucléons chaque ganglion par voie d'arrachement en nous servant le moins possible du bistouri et des ciseaux. Outre la masse principale formée de cinq gros ganglions, nous en enlevons huit autres, isolés, dont le volume varie de celui d'un haricot à celui d'un œuf de pigeon. Drainage. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe. — Les ganglions les plus volumineux sont entièrement constitués par de la matière caséeuse, ramollie et semi-fluide, contenue dans une coque fibreuse. Les ganglions plus petits présentent au centre un noyau caséeux encore résistant et à la périphérie, une coque rosée de 5 à 10 millimètres d'épaisseur formée par le tissu ganglionnaire non encore dégénéré.

Les suites de l'opération furent des plus simples : réunion par première intention, et, le 12 mai, la suppuration étant presque tarie, on pouvait considérer la malade comme guérie, lorsqu'elle contracta la variole et fut transportée dans les salles d'isolement, où elle mourut le 17 mai.

Obs. MCXL. — *Tumeur ganglionnaire de l'aisselle. Ablation. Guérison.* — Anne Huillier, soixante et onze ans, entre le 10 mai 1882, salle Sainte-Marthe, nº 42. A toujours été bien portante. A trois enfants qui se portent bien. Pas de manifestation diathésique apparente. Il y a cinq ans, petite grosseur dans l'aisselle droite du volume d'une noisette : développement lent et progressif.

État actuel. — A l'extrémité inférieure de la cavité axillaire, tumeur du volume d'une mandarine et d'une consistance dure et fibreuse, adhérente à la peau, mais non aux parties profondes. Pas de changement de coloration à la peau. Indolence. État général excellent.

25 *mai.* — Anesthésie. Incision de 15 centimètres, ablation de la tumeur presque en masse. Petit noyau suspect également enlevé. Pas d'adhérences profondes. Sutures. Drain. Pansement de Lister.

L'*examen de la tumeur* nous révèle une masse dure, sarcomateuse et dont le tissu crie sous le bistouri.

26. — Bonne nuit : T. 37°,5. P. 80.

28. — Nouveau pansement : bon état de la plaie : apyrexie.

1er *juin*. — Nous retirons les fils de soie et les épingles : bandelettes de tarlatane collodionnées.

18. — Réunion complète de la plaie ; seulement un peu de suintement, va au Vésinet.

Obs. MCXLI. — *Hypertrophie des ganglions du cou et de l'aisselle. Ablation des tumeurs.* — Badel (Pierre), dix-neuf ans, journalier, entre le 3 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 31. Pas d'hérédité. Adénites cervicales dans l'enfance ; ni syphilis, ni tuberculose. Il y a dix-huit mois, sans causes connues, les ganglions de la moitié droite du cou commencèrent à s'hypertrophier; six mois plus tard, ceux de l'aisselle correspondante augmentèrent à leur tour. Il y a dix mois, plusieurs ganglions cervicaux devinrent le point de départ d'abcès qui s'ouvrirent spontanément et restèrent fistuleux. — Badigeonnage et injections de teinture d'iode. Traitement anti-scrofuleux. — Grâce à ce traitement, les chapelets ganglionnaires cervicaux diminuèrent de volume, les fistules se tarirent et finirent par se cicatriser. Malheureusement les tumeurs axillaires continuèrent à évoluer.

État actuel. — La moitié latérale droite du cou est déformée par une énorme tumeur étendue verticalement de l'apophyse mastoïde à la clavicule et transversalement du bord antérieur du trapèze au bord antérieur du sterno-mastoïdien. La surface est couverte de bosselures dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une mandarine ; la peau lisse, unie, tendue, présente à la partie moyenne de la région sterno-mastoïdienne trois cicatrices déprimées qui répondent aux anciennes fistules. Au toucher, on constate que la tumeur moniliforme est composée de ganglions superficiels et profonds, dont les uns sont soudés, les autres isolés, que tous ont conservé une mobilité assez grande et que leur consistance solide, ferme, élastique par places, rappelle celle de l'hypertrophie ganglionnaire, alors que dans d'autres points leur mollesse annonce la dégénérescence caséeuse. Les seuls troubles fonctionnels provoqués par la présence de la masse morbide sont une grande gêne dans les mouvements du cou et une inclinaison vicieuse de la tête du côté gauche simulant à un certain point le torticolis. Pas de phénomènes de compression vasculaire ou nerveuse. Le creux axillaire droit est comblé par une masse ganglionnaire qui se prolonge en avant sous le grand pectoral, et en arrière sous le grand dorsal. La surface de cette tumeur présente, comme celle de la précédente, des bosselures dont le volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule. La peau, lisse, unie et tendue, n'offre pas d'altération de structure et a conservé sa mobilité. Au toucher, les ganglions les plus volumineux sont ramollis et ont une consistance faussement

fluctuante ; les plus petits sont fermes, élastiques, comme dans certaines formes d'hypertrophie simple. Toute la masse adhère aux couches profondes. Le volume de la tumeur oblige le malade à tenir le bras écarté du tronc. Œdème léger de la main et de l'avant-bras. Douleurs sourdes, continues, irradiées au bras, à l'avant-bras et à la main. Les ganglions des autres régions n'offrent rien de particulier. État général encore satisfaisant.

6 *mai*. — Chloroforme. Incision verticale de 12 centimètres : ablation, en enlevant avec les doigts et la spatule les ganglions énucléables, et en attaquant le reste de la masse morbide par morcellement et dissection. Les prolongements profonds nous donnent beaucoup de peine et nécessitent une dissection minutieuse à cause du voisinage du plexus brachial et des vaisseaux axillaires. Quatre pinces hémostatiques sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Drain. Suture des deux tiers supérieurs. Pansement phéniqué.

A la coupe les gros ganglions sont réduits à de minces coques remplies de tissu caséeux diffluent ; les plus petits offrent l'aspect de l'hypertrophie simple : tissu grisâtre finement granuleux, vasculaire.

Les cinq premiers jours, la température oscille entre 37° et 38°,6, puis devient normale ; on enlève les fils ; réunion.

25. — Guérison. Sortie.

Obs. MCXLII. — *Lymphadénome de ganglions cervicaux et axillaires. Ablation de ces derniers.* — Chevillard (Julien), trente-neuf ans, maréchal ferrant, entre le 5 novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 75. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Alcoolisme. Il y a deux ans, sans causes connues, les ganglions de la région cervicale latérale droite commencèrent à s'hypertrophier ; six mois plus tard, ceux de l'aisselle correspondante augmentèrent de volume à leur tour. Les tumeurs se sont développées progressivement et assez rapidement, en déterminant une grande gêne, mais pas de douleurs.

État actuel. — La face latérale droite du cou est déformée par une tumeur du volume d'une grosse orange, étendue verticalement d'une ligne qui passerait par le bord supérieur du cartilage thyroïde à la clavicule, et, transversalement, du bord antérieur au bord postérieur du sterno-mastoïdien. Sa surface, irrégulièrement convexe, présente des bosselures caractéristiques des chapelets ganglionnaires. La peau n'offre pas d'altérations. La tumeur est composée de plusieurs ganglions isolés, et présentant la disposition moniliforme. Ces tumeurs ont conservé un certain degré de mobilité ; elles offrent la consistance du lymphadénome.

Le creux axillaire correspondant est de même déformé par une masse ganglionnaire offrant le volume d'une grosse orange, pré-

sentant le même aspect que la tumeur cervicale avec cette différence que les ganglions, au lieu d'être isolés, sont réunis en une masse commune. Peau saine. La tumeur est peu mobile. Rien dans les ganglions des autres régions. État général encore satisfaisant.

4 *novembre*. — Chloroforme. Opération de la tumeur axillaire qui est la plus gênante. Incision verticale de 13 centimètres. A l'aide des doigts et de la spatule, nous énucléons une vingtaine de ganglions dont le volume varie de celui d'une mandarine à celui d'une amande. L'énucléation est rendue difficile par suite de l'adhérence des coques fibreuses ganglionnaires avec le tissu cellulaire ambiant, qui est induré et en voie de dégénérescence fibreuse; aussi sommes-nous obligé de faire fréquemment usage du bistouri. Drain. Dix points de suture métalliques. Pansement phéniqué.

A la coupe. — Tissu jaune grisâtre, divisé en lobes et en lobules par des cloisons fibreuses épaisses. Ces ganglions offrent l'aspect de l'hypertrophie simple, ils sont peu vasculaires.

6. — La température oscille entre 39 et 40°. On a enlevé les pinces. Pas d'hémorrhagies. Souffrances assez vives.

14. — Température anormale. On enlève le fils. Suppuration abondante.

21. — État général et local satisfaisant, le malade se lève.

1er *décembre*. — Guérison. Sortie.

Obs. MCXLIII. — *Sarcome des ganglions axillaires. Ablation.* — Fillette (Jean-Baptiste), soixante-quatre ans, emballeur, entre le 4 novembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 72. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a deux ans, consécutivement à des écorchures de la main gauche, il eut de l'adénite épitrochléenne qui se termina par résolution; les mêmes phénomènes se sont reproduits à plusieurs reprises. Il y a un ou deux ans, il remarqua sur la paroi interne du creux axillaire gauche une tumeur du volume d'une noisette, dure, mobile sous la peau, indolente. Cette tumeur se développa rapidement, malgré les badigeonnages de teinture d'iode et de pommades, en provoquant de la gêne et des douleurs peu accusées.

État actuel. — La paroi interne de l'aiselle et la paroi thoracique correspondante sont déformées par une tumeur assez régulièrement hémisphérique, étendue verticalement du bord du grand pectoral au bord du grand dorsal; sa surface est lisse, convexe, Peau saine, non adhérente. Tumeur bien limitée, composée de plusieurs lobes volumineux; elle est mobile à la surface des muscles. Sa consistance est ferme, élastique, et rappelle celle de certains sarcomes. Rien dans les ganglions des autres régions. État général satisfaisant.

4 *novembre*. — Chloroforme. Incision de 12 centimètres parallèle à l'axe du corps; de la partie moyenne de cette première inci-

sion, seconde incision vers les parties déclives avec les doigts et la spatule, énucléation de trois ganglions dont le plus volumineux a le volume d'une orange. Drain. Suture. Pansement avec l'eau oxygénée. Deux pinces sont laissées à demeure pendant quarante-huit heures.

L'*examen* montre que chaque ganglion est emprisonné dans sa coque fibreuse propre. — *A la coupe.* Tissu gris-rosé, finement granuleux, uniforme, sans trace de cloisons, rappelant en un mot l'aspect du sarcome fibro-plastique.

6 *novembre.* — La température oscille entre 37 et 38°. On enlève les pinces; pas d'hémorrhagies. Indolence. Vomissements. Point de côté à droite. Embarras gastrique. — 8. Amélioration.

10. — On a enlevé les fils. Réunion. Suppuration modérée.

21. — Se lève dans la salle et, le 7 décembre, guérison et sortie.

Obs. MCXLIV. — *Lipome diffus de la région axillo-pectorale. Ablation par le bistouri.* — Lesquilin (Hélène), seize ans, sans profession entre le 24 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diathésiques. Forte constitution. Bonne santé habituelle. Tissu cellulo-adipeux développé. Dernièrement, elle a remarqué entre le sein gauche et l'aisselle correspondante une tumeur du volume d'un œuf de poule, mollasse et indolente.

État actuel. — L'espace compris entre le bord supérieur et externe de la mamelle et la paroi interne de l'aisselle gauche es déformé par une tumeur hémisphérique du volume d'une orange, à surface lisse, unie, convexe. Peau saine. État général satisfaisant.

25 *mars.* — Chloroforme. Nous saisissons la tumeur entre les doigts de la main gauche et nous la coupons en deux moitiés avec le bistouri. Il s'agit bien d'un lipome, mais sans aucune limite. C'est plutôt une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de la région qu'une véritable tumeur. Nous l'enlevons largement par voie de dissection. Drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

2 *avril.* — Sort de l'hôpital. La peau est réunie par première intention. Il reste de la suppuration sur le trajet du tube et la malade vient chaque jour se faire panser. — Guérison peu après.

3° *Bras.*

Parmi les observations d'affections du bras, nous recommandons à l'attention du lecteur l'observation MCL (kyste hydatique du bras) et l'observation MCLV (sarcome développé sur le trajet du cubital).

Obs. MCXLV. — *Rupture du biceps.* — Mulot (François), âgé de cinquante-cinq ans, marchand, 23 mars 1882 (externe). Le 20 mars,

en déchargeant une caisse d'oranges de 80 à 85 kilos, il est mal secondé par son aide, si bien que le bras droit porte tout le poids de la caisse ; malgré cela il ne cède pas. Au milieu de l'effort, il sent un craquement dans le bras, et, sans éprouver de douleur vraie, sans sensation de coup de fouet, il peut constater immédiatement, à travers sa chemise, une saillie au niveau de la partie interne du bras. Depuis, il se sert très mal de son bras droit.

État actuel. — Masse volumineuse, molle, occupant la moitié inférieure de la face interne du bras droit, limitée en haut par une dépression profonde. En pressant la partie inférieure de la tumeur, de bas en haut, on refoule sa limite supérieure. Pas de douleur spontanée. Douleur à la pression au niveau du bord interne du deltoïde. Pas d'ecchymose. Le malade tient son bras demi-fléchi. Il ne peut le fléchir complètement; l'extension est difficile. — Appareil plâtré, qui immobilise l'avant-bras en flexion sur le bras et l'applique contre le corps.

1er *mai.* — On enlève le plâtre. La dépression qui existait est très peu accusée ; la partie supérieure du segment inférieur du biceps se continue avec un cordon fibreux épais qui le relie au bout supérieur.

Obs. MCXLVI. — *Phlegmon diffus du bras. Alcoolisme. Mort. Autopsie : néphrite mixte.* — Roussel (Edmond), quarante-trois ans, fleuriste, entre le 20 mai 1881, au n° 4 de la salle Sainte-Marthe. Jamais de gourme, de syphilis, de rhumatisme. N'accuse aucun excès alcoolique ; cependant a du tremblement des lèvres en parlant. Dans ces derniers temps, s'étant fatigué plus que d'habitude, il a commencé à souffrir du bras, qui est devenu rouge et enflé. Le travail a été interrompu quinze jours avant l'entrée à l'hopital ; cependant le malade n'accuse pas un état général bien grave.

A l'entrée. — Le bras droit jusqu'à l'épaule et jusqu'à la moitié de l'avant-bras est le siège d'un phlegmon diffus manifeste. Il y a de la fluctuation en avant du biceps et en ce point un petit pertuis laisse suinter du pus. T. = 39°. P. = 110. — Dix incisions, de 2 centimètres chacune, intéressant la peau et le tissu cellulaire, sont faites sur le bras. Il s'écoule du pus et quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Cataplasmes.

21. — Détente considérable dans l'état local; la douleur a disparu, le bras est réduit de moitié. Mais le malade a, la nuit surtout, un subdelirium presque continu. — Potion avec 120 grammes d'alcool et une pilule d'opium.

23. — Les accidents alcooliques sont beaucoup amendés.

28. — Le malade ne se plaint aucunement de son bras, mais il a des vomissements, de l'inappétence complète et le ventre est ballonné, dur, tendu ; les selles sont assez rares. Lavement purgatif. Traces d'albumine dans les urines.

29. — Le ballonnement du ventre augmente. Le malade ne souffre pas : sueurs profuses, faiblesse extrême. Mort le soir.

Autopsie. — *Thorax.* Pleurésie droite récente, sans adhérences, 800 à 1000 grammes de liquide. Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon. Légère pleurésie gauche : 250 grammes environ. Rien à ce poumon. — *Ventricule droit.* Énorme caillot fibrineux se prolongeant dans l'oreillette et dans l'artère pulmonaire avec laquelle il se bifurque. — *Ventricule gauche.* Caillot vermiculaire. — *Aorte.* L'athérome au premier et au deuxième degré. — *Foie.* Sain. — *Rate.* Petite, non diffluente. — *Rein gauche.* Poids 265 grammes, volumineux, à coupe blanchâtre décolorée, présentant l'aspect non douteux de la néphrite mixte. — *Rein droit.* 220 grammes. Lésions analogues, coloration moins blanche. — *Bras.* Biceps sans altération. Le tissu cellulaire sous-cutané a été détruit dans une grande étendue par la suppuration. — Rien par ailleurs.

Obs. MCXLVII. — *Phlegmon du bras. Incision. Guérison.* — Tesson (Louis), dix-neuf ans, serrurier, entre le 13 août 1881, au n° 8 *bis* de la salle Sainte-Marthe. Depuis une douzaine de jours, à la suite d'un choc du bras contre une barre de fer, il a ressenti des élancements dans la partie du bras où avait porté le coup : aggravation; ne peut continuer son travail.

État actuel. — A la partie antéro-externe du bras, sur la limite du bord interne du deltoïde et sur la portion du biceps on remarque une tumeur du volume d'une moitié d'œuf, bien circonscrite, dure et consistante dans sa plus grande partie, quelque peu ramollie à son centre. La peau à sa surface est normale, mobile, sans élévation de température. La pression n'est douloureuse que quand on l'exagère. Quand on fait fléchir l'avant-bras sur le bras de manière à faire contracter les muscles, la tumeur devient dure au point ramolli, mais ne change aucunement de place. Quand le malade tient son bras au repos, indolence, mais souffrances dans les mouvements. Peu de fièvre. — Cataplasmes. — Le troisième jour la fluctuation, quoique profonde, est manifeste. — Incision. Drainage. Cataplasmes.

25 *août.* — Guérison. Sortie.

Obs. MCXLVIII. — *Abcès froid de la face postéro-externe du bras droit. Ponction, drainage, injections iodées.* — Juneaux (Alexandre), quarante-trois ans, ferblantier, entre le 4 janvier 1882, n° 7, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Depuis huit mois il éprouve des douleurs sourdes, continues, lancinantes à la partie supérieure et externe du bras droit. Quelque temps après le début de ces accidents, il remarqua dans la région une tumeur molle, fluctuante, qui s'est développée lentement et progressivement.

État actuel. — Le tiers supérieur de la partie postéro-externe du bras est déformée par une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure, du volume d'un œuf de dinde. Sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau, soulevée et tendue, n'offre aucune altération, ni changement de coloration, ni vascularisation anormale, ni œdème. Au toucher la tumeur est située au-dessous de l'aponévrose, dans l'interstice des muscles. Sa consistance est molle, liquide. Fluctuation manifeste. Pas de battements; irréductibilité. Indolence à la pression. Rien dans les ganglions. Le testicule droit présente des nodosités dont les caractères rappellent ceux des tubercules à la première période. Rien du côté du cordon, de la prostate ou des vésicules séminales. Pas de lésions viscérales.

7 *janvier* 1882. — Chloroforme. Ponction exploratrice ; issue d'un pus séreux, mélangé de noyaux caséeux. Contre-ponction et drainage.

10. — Injection de teinture d'iode. Cataplasmes.

14. — Nouvelle injection de teinture d'iode que je maintiens pendant deux minutes dans le foyer.

15. — Légère inflammation de la poche.

16. — Le tube est enlevé. Le malade reprend son travail.

Obs. MCXLIX. — *Kyste suppuré sous-cutané du bras droit.* — Gillaux, trente-six ans, journalière, entre le 19 mai 1883, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'hérédité. Bonne santé. Il y a un an, sans causes connues, petite grosseur développée à la face postérieure de la partie moyenne du bras droit : un peu de gêne pour travailler, et quelques fourmillements dans le bras. Au bout de trois mois, la tumeur avait à peine le volume d'une noix, mais depuis un mois elle a doublé de volume.

Actuellement. — Tumeur du volume d'une orange, résistante, élastique, glissant sur les parties profondes. Peau normale. Pas de ganglions dans l'aisselle. État général bon.

20 *mai.* — Chloroforme. Incision. Issue d'une quantité très notable de pus. Lavage. Suture. Drain. Pansement de Lister.

25. — Les fils sont enlevés. La plaie est réunie par première intention. La malade n'a pas présenté la moindre fièvre. Exeat.

Obs. MCL. — *Kyste hydatique du bras gauche. Evacuation du liquide. Ablation de la poche.* — Guillermin (Léontine), quarante-neuf ans, ménagère, entre le 3 juin 1882, n° 43, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a six semaines, sans causes connues, elle remarqua que le bras droit augmentait de volume : accroissement rapide.

État actuel. — Le bras gauche est déformé par une tumeur du volume d'un œuf d'autruche masquant la face antérieure et les bords

interne et externe : étendue du pli du coude au sommet du V deltoïdien. Le bras gauche mesure à la partie moyenne 39 centimètres de circonférence, alors que le bras droit au même niveau a seulement 28 centimètres. La forme de la masse morbide est globuleuse, sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. Peau amincie et tendue, non adhérente. La tumeur paraît située profondément; l'aponévrose brachiale, les muscles biceps et coraco-brachial s'étalent à sa surface ; elle est mobile sur les couches profondes. Sa consistance est molle, liquide, franchement fluctuante au centre, mais il existe à la périphérie une zone d'empâtement et d'œdème qui rend ses limites un peu diffuses. Il semble que l'on ait affaire à une collection liquide avec inflammation des tissus ambiants. Pas de mouvements d'expansion et d'affaissement. Pas de battements. Irréductibilité. La tumeur, qui ne gêne que par son volume, devient douloureuse à la pression. Les mouvements du coude sont conservés. Rien dans les ganglions axillaires. État général très satisfaisant.

3 *juin* 1882. — Chloroforme. Incision verticale longue de 5 centimètres comprenant l'aponévrose. Nous relevons le bord externe du biceps, et ponctionnons la tumeur, issue de 250 grammes d'un liquide transparent comme de l'eau de roche. Nous enlevons ensuite la poche par voie de dissection. Au-dessous de ce kyste volumineux en existe un second plus petit que nous ouvrons et que nous traiterons par la suppuration. Drainage. Suture. Pansement phéniqué.

L'*examen de la poche* montre qu'il s'agit d'un kyste hydatique avec ses trois enveloppes. La membrane interne est hérissée de petites granulations grisâtres du volume d'une tête d'épingle.

Pas de complications ; toutefois la réunion immédiate n'est que partielle. Exeat, au bout de quelques jours, en voie de guérison.

Obs. MCLI. — *Papillome de la partie postéro-externe du bras gauche. Ablation. Guérison.* — Bruant (Maria), dix-sept ans, polisseuse, entre le 26 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 56 *bis*. Très bonne santé antérieure. Il y a deux ans environ, cette malade remarqua l'existence d'un petit bouton à la partie supérieure et externe du bras gauche. D'abord indolore et peu volumineux, ce bouton augmenta peu à peu de volume et devint douloureux il y a à peu près trois mois. Il détermine une sensation de piqûre s'accompagnant parfois d'élancements plus ou moins violents dans tout le bras.

État actuel. — A la partie supérieure et externe du bras gauche, existe une petite grosseur du volume d'une noisette, irrégulière, formant une sorte de nodosité, dans l'épaisseur de la peau, sans adhérence avec les parties plus profondes, absolument mobile avec la peau. Cette nodosité est villeuse, et paraît constituée par une hypertrophie papillaire. La peau à ce niveau est rose et ne présente

ni chaleur ni œdème. Pas de ganglions dans le creux axillaire. Excellent état général.

26 *octobre*. — La malade ne veut pas être anesthésiée. La tumeur est enlevée au bistouri. Suture. Drainage. Pansement Lister.

5 *novembre*. — Pas de réunion; la plaie est détergée et bourgeonne bien. — 11. Exeat. Guérison.

Obs. MCLII. — *Lipome du bras. Ablation. Guérison.* — Hetz (Clémence), quarante-neuf ans, salle Sainte-Marthe, n° 41. La tumeur a débuté il y a quinze ans, à la face externe du bras. Depuis deux ans la malade a cessé d'être réglée et la tumeur s'est accrue rapidement.

État actuel. — Énorme tumeur occupant toute la partie externe du bras située au-dessous du deltoïde. Elle est mobile sur les parties profondes et mesure 30 centimètres de circonférence horizontale. Peau mobile, rouge, sillonnée de veines dilatées. La tumeur est constituée par une masse qui donne à la palpation la sensation de lobules.

9 *juillet*. — Anesthésie. Avec un couteau à amputation nous divisons verticalement toute la masse de la superficie vers la profondeur. Les deux moitiés du lipome sont ensuite facilement énucléées avec les doigts de l'enveloppe celluleuse qui l'environne. Contre-ouverture. Drainage. 21 points de suture.

15. — Les sutures sont enlevées.

5 *août*. — Exeat de la malade sur sa demande, en bonne voie de guérison.

Obs. MCLIII. — *Lipome du bras droit. Ablation.* — Baumann, cinquante-cinq ans, ouvrière, entre le 1er juillet 1882, salle Sainte-Marthe. A toujours joui d'une excellente santé. Il y a deux ans, sans cause connue, est apparue une petite tumeur, au sommet du V deltoïdien.

Actuellement. — Tumeur du volume d'une noix, d'une consistance ferme, bridée par l'aponévrose; de plus elle paraît fixée entre les muscles. La peau est mobile à sa surface. Pas d'adénopathie. La malade ne souffre pas, c'est à peine si elle ressent quelques élancements dans le creux axillaire. État général excellent.

8 *juillet*. — La malade ne veut pas de chloroformisation. Nous pédiculisons la petite tumeur dont nous transperçons la base avec la pointe du bistouri tournée en haut. Énucléation des deux moitiés. Drainage. Suture. Pansement Lister.

Réunion par première intention. Guérison rapide.

Obs. MCLIV. — *Sarcome kystique énorme développé à la face antérieure du bras et de l'avant-bras. Amputation.* — Varon (Edme), trente ans, garde champêtre, entre le 14 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. Sujet fortement constitué, sans antécédents hérédi-

taires. Il y a deux ans et demi, sans causes connues, il remarqua à la face antérieure du bras gauche en dedans du tendon du biceps, à 2 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, une tumeur sous-cutanée, molle, indolente, du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur évolua d'abord lentement et progressivement de façon à acquérir, en dix mois, le volume du poing d'un adulte ; mais à partir de ce moment son évolution devint rapide.

État actuel. — La face antérieure du membre supérieur gauche est déformée par une énorme tumeur qui masque la moitié inférieure du bras, l'articulation du coude et le tiers supérieur de l'avant-bras et laisse libre la face postérieure des mêmes régions. Sa circonférence, prise à trois travers de doigt au-dessus de l'épitrochlée, est de 55 centimètres. Sa hauteur varie de 28 à 30 centimètres. Sa forme est celle d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure. Sa surface irrégulièrement convexe est recouverte de larges bosselures, dont le volume varie de celui d'une moitié de mandarine à celui d'une moitié d'œuf de dinde et qui paraissent surajoutées. Peau amincie, mais saine, sauf au niveau des bosselures, où elle offre une teinte rouge luisante ou violacée et où elle semble prête à se rompre. Mais, même en ces points, elle est mobile à la surface de la tumeur. Riche lacis veineux. Les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané ont conservé leur indépendance. La consistance de la tumeur n'est pas homogène : molle, liquide, fluctuante, au niveau des bosselures, dans les points où la peau est plus vascularisée, elle est au contraire solide et offre la consistance charnue du sarcome dans la plus grande partie de son étendue. Si l'on cherche les rapports de la masse morbide avec les parties constituantes du membre, on constate les phénomènes suivants : les muscles de la face antérieure du bras, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, ainsi que la portion interne du triceps sont appréciables jusqu'au niveau de la masse morbide, mais, arrivés à ce point, ils s'amincissent pour s'étaler et se perdre à sa surface. Il est impossible de retrouver les masses épicondylienne et épitrochléenne; les muscles de la face antérieure de l'avant-bras ne peuvent être reconnus que dans leur moitié inférieure. Le faisceau vasculo-nerveux du membre se perd à la partie moyenne du bras dans l'épaisseur de la tumeur. Le pouls radial est à peine sensible au poignet; la main est froide; les doigts ont néanmoins conservé leur sensibilité et une certaine mobilité. La moitié inférieure de la partie antérieure de l'humérus, la face antérieure de l'articulation du coude, la moitié supérieure des deux os de l'avant-bras, sont complètement masqués par la tumeur, au point qu'il est impossible de savoir si ces surfaces osseuses ne lui adhèrent pas. A la face postérieure du membre, au contraire, on sent le triceps huméral, les muscles extenseurs de l'avant-bras,

les faces postérieures et les bords de l'humérus, du radius et du cubitus, ainsi que les extrémités articulaires cubitales de ces os. La tumeur est le siège de douleurs sourdes, lancinantes, intermittentes, que n'exagère pas la pression. Les mouvements du coude sont abolis. Rien dans les ganglions axillaires. État général satisfaisant.

15 *avril* 1882. — Chloroforme. Amputation du bras à la partie moyenne, par la méthode circulaire. Cette opération est rendue longue et laborieuse, par suite du nombre et de la dilatation des vaisseaux veineux et artériels ; le sang coule en abondance par toute la surface de la plaie. Afin de modérer cet écoulemeut nous faisons la ligature de l'humérale avec un fil de catgut, mais cette précaution est rendue vaine par l'énorme développement des artères récurrentes et anastomotiques ; aussi sommes-nous obligé de pincer les vaisseaux un à un, veines et artères. Nous appliquons de la sorte *soixante pinces*. Après avoir sectionné convenablement les muscles, afin de n'avoir pas un moignon conique, nous détachons une manchette périostique et nous sectionnons l'humérus ; puis nous faisons la ligature de toutes les artères avec des fils de catgut. Deux drains. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe. — La tumeur offre l'aspect du sarcome kystique à tous ses degrés de développement. Les kystes, dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'un œuf de dinde, contiennent un liquide séro-sanguin. La trame de la tumeur présente des zones diverses : sarcome embryoplastique mou, de coloration rosée, sarcome fibro-plastique plus ferme, élastique, de coloration blanchâtre, zones d'organisation fibreuses, dures, de coloration blanc-nacré, zones de dégénérescence granulo-graisseuse reconnaissables à leur coloration jaunâtre. Il existe même des foyers myxomateux, presque diffluents. Au centre de la tumeur se trouvent des lames aponévrotiques et le tendon du biceps aux dépens desquels le tissu morbide semble avoir pris naissance. Les veines contiennent des caillots en voie d'organisation, non encore adhérents et qu'il est facile d'extraire en totalité des vaisseaux. Ils se présentent sous forme de cordons cylindriques, transparents, de couleur jaune ambrée, de consistance gélatineuse, se continuant avec des caillots qui ont conservé leur coloration rouge et sont moins avancés en organisation.

17 *avril.* — Pendant les deux premiers jours, la température oscille entre 39 et 40 degrés, puis redevient normale.

1er *mai.* — On enlève les fils. Réunion par première intention, suppuration abondante par le drain.

4. — Accès de fièvre ; abcès du moignon. — Incision. Drainage.

19. — Se lève depuis le 10 mai ; suppuration presque tarie.

26. — Guérison. Sortie.

Obs. MCLV. — *Sarcome développé sur le trajet du nerf cubital et*

comprenant dans son épaisseur le nerf médian. Ablation large de la tumeur. Section des nerfs malades. Conservation de l'artère humérale. — Fouquet (Estelle), vingt-quatre ans, plumassière, entre le 6 janvier 1882, n° 40, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans, elle remarqua au côté interne du bras droit, à l'union des tiers moyen et inférieur, une tumeur dure, mobile sous la peau, indolente. Cette production est restée stationnaire jusque il y a trois mois. A partir de ce moment, développement extrêmement rapide : fourmillements et engourdissement sur le trajet du nerf cubital jusqu'à ses divisions digitales. Puis anesthésie complète dans le même territoire nerveux.

État actuel. — Le bras droit est déformé par une tumeur du volume d'une grosse orange, occupant le tiers inférieur et recouvrant la portion antéro-interne depuis le bord interne du triceps jusqu'à la cloison intermusculaire externe. Sa forme est globuleuse. Sa surface est lisse, sans bosselures apparentes. La peau, tendue et amincie, n'offre pas de changement de coloration, mais elle est parcourue par des veines dilatées. Au toucher, elle est légèrement œdémateuse et incomplètement mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci, située au-dessous de l'aponévrose, offre une consistance non homogène. Par places elle possède la fermeté et l'élasticité du sarcome fibroïde, ailleurs la mollesse et la fausse fluctuation du sarcome mou, embryoplastique. Ses limites sont vagues, diffuses. Elle adhère aux muscles coraco-huméral, biceps et brachial antérieur, qui l'entraînent dans leurs mouvements. Tout le faisceau vasculo-nerveux, artère humérale, nerf médian, portion brachiale du nerf cubital, est masqué par la masse morbide et paraît englobé dans son épaisseur. Toutefois le pouls radial est appréciable et ne diffère pas de celui du côté opposé. La tumeur n'est pas adhérente à l'humérus. Rien dans les ganglions axillaires. Les mouvements de l'articulation du coude sont conservés. Pas d'autres troubles fonctionnels que les perturbations nerveuses que nous avons signalées dans le domaine du nerf cubital. Les sommets des deux poumons sont douteux : craquements humides, râles muqueux. Rien dans les autres viscères.

7 *janvier.* — Chloroforme. Malgré l'étendue et les adhérences de la tumeur, nous tentons de faire de la chirurgie conservatrice. Pour cela nous faisons avec le bistouri, à la surface de la masse morbide, une incision longitudinale longue de 12 centimètres et comprenant l'aponévrose. La tumeur étant à découvert, nous voyons ramper à sa surface et se perdre dans son épaisseur un réseau de filets nerveux et des branches plus importantes telles que le cubital et le médian. Nous attaquons alors le tissu morbide par voie de morcellement, en enlevant très largement, tout en faisant aussi peu de délabrements

que possible. La dissection de la tumeur est un véritable travail de patience, surtout du côté de la cloison intermusculaire interne. Nous sommes obligé de sacrifier une portion du coraco-huméral, du brachial antérieur et du biceps. Nous sectionnons, outre plusieurs filets nerveux d'importance secondaire, le nerf cubital et le médian. L'artère humérale est heureusement assez éloignée de la tumeur pour que nous puissions la ménager. Drains. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe la tumeur est constituée, d'une part, par un tissu ferme, résistant, élastique, offrant la consistance d'un sarcome fibroïde; en ces points la coloration est d'un blanc mat et rappelle celle de la substance blanche cérébrale; la texture est finement granuleuse; on n'observe pas, à l'œil nu, comme dans certaines tumeurs, la structure d'un tissu segmenté par des cloisons plus ou moins aréolaires; d'autre part elle est formée par un tissu mou, diffluent, gélatineux, jaunâtre, qui offre tous les caractères du myxome. Le nerf cubital occupe le centre de la masse morbide qu'il traverse de part en part dans le sens vertical. Son névrilème est confondu avec la tumeur. Il n'existe pas de vaisseaux visibles.

Quatre heures après l'opération, on constate l'état suivant de la *sensibilité :* celle-ci est abolie dans toute la face palmaire des doigts et de la main, sauf au niveau de l'éminence thénar et du pouce; sur la face dorsale, il n'y a de sensible que la peau du pouce, de la première phalange de l'indicateur, d'une partie de celle du médius, et de la moitié externe de la région métacarpienne. De plus, il y a anesthésie de toute la région externe de l'avant-bras et de la face interne du bras. La main droite est notablement plus chaude que la gauche. T. S. 37°,4. P. 80.

8. — L'état général est bon. T. 38°.

9. — T. M. 37°,4. T. S. 38°,2.

10. — La sensibilité de la région dorsale est un peu plus étendue, surtout au niveau du médius. T. M. 37°. T. S. 38°.

17. — L'état de la sensibilité est stationnaire. La plaie, qui est dans une région anesthésiée, bourgeonne peu; elle est grisâtre : aucun point de suture n'a pris. La malade fléchit un peu les deux dernières phalanges des doigts, mais cette flexion est incomplète et elle ne peut serrer un objet. — La température est normale depuis cinq jours.

5 *février*. — La malade quitte l'hôpital; la plaie est en bonne voie de cicatrisation et fermée aux deux tiers. La sensibilité est revenue sur la peau du bras et de tout l'avant-bras. A la paume de la main, il n'y a toujours de sensible que la peau de l'éminence thénar; à la face dorsale, la sensibilité a gagné de 2 centimètres environ dans la région métacarpienne; la première phalange du médius est tout en-

tière sensible à sa partie postérieure. Les mouvements de flexion des doigts sont très incomplets; celle-ci porte surtout sur la première phalange, les deux autres restant étendues, et, quand la malade veut fléchir davantage, la main se relève et se met dans une extension forcée sur le poignet. Les mouvements d'écartement et de rapprochement des doigts sont impossibles.

4° *Coude.*

Entre autres observations, la MCLVI[e] (*Inflammation du pli du coude d'origine traumatique, à marche chronique*) donnait lieu à une intéressante question de diagnostic. Le début du mal remontait à deux mois et le malade le rattachait à un coup, mais dans les derniers temps la tuméfaction avait fait du progrès sans que l'on pût constater de fluctuation ni de phénomènes inflammatoires du côté de la peau. Plusieurs confrères examinèrent le malade et portèrent des diagnostics fort différents, les uns pensaient qu'il s'agissait d'un sarcome, d'autres s'arrêtaient de préférence à l'idée d'une myosite. Les antécédents du malade, la diffusion de la tuméfaction et sa consistance lardacée, répondaient mieux à une inflammation chronique qu'à une tumeur. Pour éclairer le diagnostic nous fîmes une incision exploratrice et nous reconnûmes qu'il s'agissait en effet simplement d'une induration phlegmasique du tissu cellulaire.

Obs. MCLVI. — *Tuméfaction inflammatoire du pli du coude simulant une tumeur. Incision exploratrice.* — Tirot (Émile), vingt-sept ans, marchand de vin, entre le 9 mai 1882, n° 4, salle Sainte-Marthe. Sujet fortement constitué. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a deux mois, il reçut un coup sur le pli du coude droit. Immédiatement après l'accident, douleurs vives, parésie des muscles de l'avant-bras, tuméfaction progressive. L'application permanente de cataplasmes fit d'abord diminuer la tuméfaction, mais depuis huit jours celle-ci a fait de nouveaux progrès.

27 *mai.* — Le pli du coude est le siège d'une tuméfaction qui occupe l'espace compris entre les muscles épicondyliens et épitrochléens et s'étend dans le sens vertical à tout le tiers supérieur de l'avant-bras. Elle forme une masse médiane, diffuse, sans forme déterminée, dont le relief au-dessus des parties saines est égal à celui

d'un œuf de dinde. Peau soulevée et tendue mais saine, à part une teinte légèrement bistrée : elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci paraît sous-aponévrotique, elle recouvre les tendons du biceps, l'artère humérale, le nerf médian, et les englobe de telle sorte qu'il est impossible de connaître exactement leurs rapports avec le tissu morbide. Les muscles épicondyliens et épitrochléens sont indemnes. Au toucher empâtement mal limité, consistance lardacée des tissus atteints d'inflammation chronique. Pas de mouvements d'expansion. Sensibilité à la pression, pas de douleurs spontanées. Parésie des muscles de l'avant-bras : sensibilité égale partout. Rien d'anormal du côté de l'articulation et des os. Rien dans les ganglions épitrochléen et axillaires. État général satisfaisant. — Chloroforme. Incision exploratrice médiane et verticale; au-dessous de l'aponévrose antibrachiale nous tombons sur la masse morbide et nous constatons qu'il s'agit d'une tuméfaction phlegmoneuse. — Suture. Pansement phéniqué.

3 *juin.* — Le malade va à Vincennes. La plaie est cicatrisée. Les mouvements de l'articulation du coude sont toujours raides.

Obs. MCLVII. — *Phlegmon et abcès du coude.* — Bétournez (Jules), boucher, trente ans, entre le 18 mars 1881, n° 7, salle Saint-Augustin. Bonne santé habituelle. Quinze jours avant l'entrée, s'étant endormi le coude appuyé sur le dos d'une chaise, il s'est réveillé avec de la douleur et de l'engourdissement de l'avant-bras. Au bout de deux jours l'amélioration étant peu sensible et le coude gonflant pendant le travail, il va voir un rebouteur qui tire sur le bras et masse le coude. Il se forme un abcès à ce niveau.

A l'entrée. — Abcès chaud, de la grosseur d'un œuf de pigeon, situé à la partie interne et inférieure du coude. — Incision. Cataplasmes.

Deux jours après, pansement à l'acide phénique et à l'alcool camphré, et le 23 mars, guérison. Exeat.

Obs. MCLVIII. — *Abcès chaud de la région du coude. Incision. Guérison.* — Martin (Gustave), quarante-sept ans, charron, entre le 17 avril 1882, salle Saint-Augustin, n° 4. Le 7 avril dernier, en travaillant, ce malade qui, d'ailleurs, a toujours été d'une très bonne santé, a ressenti une douleur au niveau du coude gauche : a continué à travailler. Le lendemain, le coude était plus douloureux , rougeur, aggravation progressive.

17 *avril.* — La partie supérieure et postérieure de l'avant-bras gauche est rouge, chaude, douloureuse, tendue. La fluctuation y est manifeste. — Large incision, issue d'un flot de pus.

18. — La douleur a disparu. Compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée. — 20. L'empâtement a disparu. Exeat.

5° *Avant-bras.*

Obs. MCLIX. — *Ulcération furonculeuse simulant une gomme. Pansement à l'iodoforme.* — Serrano, cinquante-six ans, jardinier, 19 novembre 1882 (externe). Bonne santé. Pas de syphilis, parle mal le français. Il porte à l'avant-bras droit, sur le bord radial, une ulcération arrondie, large comme une pièce de cinquante centimes, déprimée à son centre. Cette ulcération, qui a nettement le cachet d'une gomme, offre une zone indurée, et est entourée d'une auréole inflammatoire violacée. Pas d'adénopathie dans l'aisselle; aucune trace de syphilis; au voisinage de cette ulcération sont deux petits furoncles. — Iodure de potassium (2 grammes). Pansement à l'iodoforme.

Amélioration rapide, et dix jours après, guérison en bonne voie.

Obs. MCLX. — *Phlegmon suppuré de l'avant-bras. Cataplasmes. Guérison.* — Marchal (Charles), trente ans, garçon d'écurie, entre le 11 novembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 74. La main droite présente sept à huit crevasses ou marques d'écorchures en voie de guérison et sans suppuration.

Le 8 *novembre*, il aurait remarqué au coude, sous la peau, une petite boule et, en deux heures, est survenu un gonflement avec rougeur de l'avant-bras, étendue depuis le coude jusqu'à 8 centimètres du poignet; cette rougeur était douloureuse à la pression, et pendant les mouvements, fièvre et frissons.

A son entrée. — Rougeur avec œdème de tout l'avant-bras, excepté au voisinage du poignet. Pas de fluctuation nette. Pus probablement en nappe. — Cataplasmes.

12. — Fluctuation sous-cutanée, la peau est décollée, mais comme l'avant-bras est plutôt dégonflé, on attend pour l'ouverture. — Les jours suivants l'état de l'avant-bras s'améliora plutôt, le gonflement et la rougeur diminuèrent tandis que la fluctuation superficielle devint de plus en plus évidente.

17. — Piqûre aspiratrice dans la collection purulente avec la seringue de Pravaz; on retire une goutte de pus.

21. — L'avant-bras a perdu sa rougeur, le gonflement reste limité à la région fluctuante, qui est étendue de 2 centimètres au-dessous du sommet de l'olécrâne, à la partie moyenne de l'avant-bras, sur sa face dorsale. — On cesse les cataplasmes et on applique un bandage ouaté.

29. — La résorption est complète, la peau est recollée; le malade sort.

Obs. MCLXI. — *Phlegmon de la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras.* — Rouget (Pierre), cinquante-six ans, journalier, entre

le 3 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 31. Ce malade était déjà entré salle Sainte-Marthe, n° 33, le 21 avril dernier, pour une plaie transversale de la face antérieure du poignet, dont nous extrayâmes un morceau de verre assez volumineux. Guérison rapide. Quelque temps après, de nouveau son poignet devint douloureux, et bientôt une tuméfaction s'y produisit, un peu au-dessus de la plaie cicatrisée.

État actuel. — Trois travers de doigt au-dessus du pli transversal du poignet, tuméfaction rouge, chaude, douloureuse, œdémateuse, avec un léger degré de fluctuation.

11 *juillet.* — Incision : décollement assez long, atteignant la partie antérieure du cubitus, grattage. Drain. Pansement de Lister.

13. — Injection de teinture d'iode dans la plaie.

14. — Léger gonflement inflammatoire.

21. — Il ne reste plus qu'un orifice de petites dimensions. Cautérisation au nitrate d'argent.

25. — Guérison. — Exeat.

6° *Poignet.*

Parmi les affections de la région du poignet, les synovites à grains riziformes forment un groupe important. L'observation MCLXVII, qui en relate un cas, est des plus intéressantes au point de vue du diagnostic. La plupart des tumeurs liquides de la main et du poignet sont des synovites chroniques contenant souvent des grains hordéiformes. Habituellement ces tumeurs sont bilobées, étranglées au niveau du ligament annulaire du carpe. Deux lobes communiquent entre eux et l'on peut facilement s'en convaincre en faisant refluer le liquide de l'une à l'autre. Elles offrent en un mot tous les caractères décrits par le malade dans la première période de son mal. Actuellement nous trouvons une disposition fort différente. La paume de la main était libre, et la tumeur occupait la moitié inférieure de la face palmaire de l'avant-bras. Elle remontait par conséquent beaucoup plus haut que le cul-de-sac synovial du poignet. Quant à la tuméfaction du dos de la main, elle était surtout constituée par de l'œdème. Et ce trouble circulatoire suffisait pour expliquer la présence d'une ulcération. On sait en effet que l'œdème diminue la vitalité des tissus et que lorsqu'il devient chro-

nique il peut mécaniquement donner lieu à des ulcérations. Nous ne saurions expliquer autrement l'ulcération dans le cas actuel, car l'exploration au stylet nous démontrait l'intégrité des os. L'interprétation de la tumeur de l'avant-bras n'était pas des plus simples. Nous étions porté à penser à un kyste à grains riziformes rompu dans le tissu cellulaire et devenu indépendant de la synoviale et cela en raison de la fréquence de ces sortes de tumeurs au poignet ; des symptômes présentés par le malade à une première période, et des renseignements qu'il nous donnait. D'ordinaire il faut accorder peu de valeur aux dires des malades : mais lorsque, comme dans le cas actuel, leurs indications sont précises, et qu'ils emploient pour s'exprimer les termes scientifiques, il y a lieu de penser qu'ils ne font que répéter ce qu'ils ont entendu dire par des hommes de la profession. Or le malade nous disait que la première ponction avait donné issue à du liquide à grains hordéiformes. Nous avons vu notre ponction confirmer notre diagnostic.

Mentionnons encore l'observation MCLXX (*Sarcome de la synoviale du poignet*) remarquable à tous les points de vue, mais spécialement au point de vue du diagnostic. Elle montre en effet que les sarcomes de la synoviale du poignet peuvent, au début, être confondus avec les différents kystes que l'on trouve fréquemment dans cette région et particulièrement avec les kystes à grains hordéiformes. La confusion est encore plus facile à une période ultérieure, lorsque les désordres s'étendent à la fois au poignet et à la main et que la tumeur affecte la disposition en bissac. Les caractères qui peuvent éclairer sont les suivants : le sarcome débute en un point et peut s'étendre suivant un trajet et une direction qui ne sont pas ceux de la synoviale; ils ne donnent pas la sensation spéciale de l'amidon froissé qu'on observe avec les kystes à grains hordéiformes, et ne permettent pas de refouler le contenu d'une tumeur dans l'autre.

Obs. MCLXII. — *Synovite du poignet probablement dans la gaine des radiaux. Compression. Légère amélioration.* — Godefroy (Léon), vingt-six ans, tourneur, entre le 17 avril 1882, n° 78, salle Saint-Au-

gustin. Depuis un certain temps, raideur dans les poignets et gêne dans les mouvements d'extension, puis tuméfaction qui a progressé graduellement. Cette tumeur d'abord ronde s'est élargie et comme aplatie : fourmillements dans toute la main et les doigts, puis une gêne très grande dans les mouvements de l'articulation radio-carpienne.

A son entrée. — Tumeur occupant la moitié externe de la face dorsale du poignet, molle sans être fluctuante, indolente ou à peu près à la pression : peau normale. Gêne dans les mouvements de la main. — Compression.

11 *mai.* — Le malade sort légèrement amélioré.

Obs. MCLXIII. — *Synovite des gaines des tendons du court extenseur du pouce et des radiaux.* — Weber (Antoine), trente-trois ans, journalier, entre le 6 mai 1882, salle Saint-Augustin, n° 6 *bis*. Bonne santé. Dans le courant de décembre dernier, sans cause appréciable, la partie externe et inférieure de l'avant-bras gauche se tuméfie ; aggravation ; travail impossible.

État actuel. — Tuméfaction contournant d'arrière en avant l'extrémité inférieure du radius gauche, en suivant la direction du court extenseur du pouce, se limitant en haut aux insertions supérieures de ce muscle, pour s'arrêter en bas à la partie supérieure de l'éminence thénar. Au-dessous et en arrière de cette tuméfaction s'en trouve une autre, plus petite, arrondie, répondant à l'insertion inférieure des radiaux externes. Au niveau de ces régions : rénitence, pseudo-fluctuation, chaleur, mais pas de coloration anormale des téguments. La douleur existe seulement au niveau de la partie inférieure de la tumeur. Celle-ci se tend un peu quand on fait porter le pouce dans l'extension.

8 *mars.* — Vésicatoire.

14. — Un peu de diminution dans le volume de la tumeur. — Compression ouatée.

22. — Nouveau vésicatoire.

Dans le courant d'avril et de mai on alterne et on combine la compression et les vésicatoires : le 3 juin la tuméfaction a notablement diminué, le malade va à Vincennes.

Obs. MCLXIV. — *Synovites fongueuses des gaines séreuses des tendons radiaux et extenseurs des doigts.* — Peter (Louis), vingt-deux ans, mécanicien, entre le 17 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 74. Strume dans l'enfance : à sept ans abcès ganglionnaires nombreux au cou : il y a un an, nouvelle poussée de tuberculose ganglionnaire au cou : les cicatrices en sont encore rouges et récentes.

A peu près à la même époque (dans le courant de mars de l'année dernière), se produisit une tuméfaction peu douloureuse au niveau de la partie antéro-inférieure de l'avant-bras droit. Au mois de juillet

dernier, une incision ne donna issue qu'à du sang. Quelques jours après, à la partie postérieure de l'avant-bras, au même niveau, se fit une ouverture spontanée par laquelle s'écoula du pus. Puis deux nouvelles ouvertures se produisirent toujours sur la face dorsale de l'avant-bras, mais un peu au-dessous de la première. Une autre se fit jour sur la partie inférieure de la face externe.

Actuellement. — Le tiers inférieur de l'avant-bras droit est irrégulièrement tuméfié. Quatre ouvertures existent dans les points précédemment indiqués. Ces orifices livrent passage à des bourgeons pâles et volumineux : la peau est décollée tout autour sur une distance assez considérable. La tuméfaction se tend notablement quand on fait contracter les extenseurs et les radiaux. — Cautérisation au nitrate d'argent de tous les orifices et de tous les trajets fistuleux. Compression ouatée. — Sous l'influence de ce traitement, la tuméfaction diminue assez vite, mais le 3 avril un nouvel abcès se forme un peu en dehors d'une première incision.

Dans le courant du mois de mai le malade éprouve beaucoup d'amélioration et il peut sortir en très bon état le 3 juin.

Obs. MCLXV. — *Synovite fongueuse de la gaine tendineuse de l'extenseur commun.* — Ducerf, quarante-cinq ans, fabricant d'ouate, entre le 30 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 27. Bonne santé : pas d'antécédents. Il y a dix-huit mois, en faisant un long trajet en chemin de fer, il s'endormit la tête dans la paume de la main gauche, quand un choc soudain du train détermina une sorte d'entorse dans le poignet. Il fut traité comme pour une entorse. Au bout de deux mois le malade vit se développer sur le dos du poignet une petite grosseur du volume d'une noix ; travail longtemps possible. Il y a trois mois la tumeur s'enflamma : issue d'une certaine quantité de pus et de tissu fongueux.

Actuellement. — La tumeur a le volume d'une pomme, avec une espèce de cratère au sommet, permettant l'exploration des parties profondes. État général excellent. — Badigeonnages iodés avec compression ouatée. Bains alcalins. — Amélioration rapide. Cautérisations au nitrate d'argent. — Quelques semaines après il sortait pouvant reprendre ses occupations.

Obs. MCLXVI. — *Kyste volumineux à grains riziformes de la face antérieure de l'avant-bras.* — Bécart, trente-six ans, journalier, entre le 15 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 1. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a huit ans, il remarqua, au centre de la paume de la main droite, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle, indolente, qui se développa lentement et progressivement. Peu après il remarqua une seconde tumeur au-dessus du poignet. Pendant deux ans et demi ces productions firent des progrès en déterminant de la gêne des

mouvements des doigts et de la raideur du membre. On fit une ponction qui donna alors issue à du liquide contenant des grains riziformes. Restées stationnaires pendant cinq ans et demi, elles se modifièrent brusquement à la suite d'efforts prolongés. La tumeur de la paume de la main disparut, pendant que celle du poignet augmentait de volume, en s'étendant sur la face antérieure de l'avant-bras. En même temps la face dorsale de la main devenait le siège de gonflement et de douleurs. Il y a un mois une ulcération se fit à la face dorsale du carpe au niveau de l'articulation du grand os et de l'os crochu avec les métacarpiens correspondants. Cette ulcération s'est étendue depuis cette époque et est le siège d'une suppuration abondante.

État actuel. — L'avant-bras et la main offrent une déformation d'autant plus marquée qu'à l'avant-bras, elle siège à la face antérieure, et qu'à la main elle occupe la face dorsale. La moitié inférieure de la face palmaire de l'avant-bras est occupée par une tumeur ellipsoïde à grand axe vertical, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. A la simple inspection on voit que cette tumeur est profondément située et que les muscles et les tendons sont soulevés en masse à sa surface. Cette tumeur s'arrête au ligament annulaire du carpe. La paume de la main qui, d'après les renseignements du malade, a été le point de départ du mal, est aujourd'hui normale et ne présente ni tuméfaction ni œdème. La face dorsale du carpe et du métacarpe est au contraire gonflée et tuméfiée, elle présente, au niveau du grand os et de l'os crochu, une ulcération oblongue à grand axe vertical à surface granuleuse, uniformément rouge et baignée de pus, à bords minces, et légèrement décollés. Pas de point osseux dénudé. Au toucher la tumeur de l'avant-bras est molle, fluctuante. La pression ne fait pas refluer ce liquide du côté de la main. Les muscles se contractent à sa surface. Les os ne paraissent ni hypertrophiés ni enflammés. État général satisfaisant.

26 *février.* — Chloroforme. Pendant que des aides font saillir la tumeur de l'avant-bras et l'immobilisent, nous plissons les téguments et faisons avec un gros trocart une ponction qui donne issue à environ 700 grammes d'un liquide séropurulent rempli de grains riziformes, ramollis, déformés et comme macérés. Nous évacuons complètement ce liquide, et nous fermons la petite plaie avec de la baudruche collodionnée. Compression ouatée méthodique. Une compression ouatée immédiatement appliquée a été maintenue pendant un mois et demi et le liquide ne s'est pas reproduit.

Le malade est retourné dans son pays et reviendra pour une nouvelle opération s'il y a lieu.

Obs. MCLXVII. — *Kyste hordéiforme de la gaine du fléchisseur propre du pouce. Compression ouatée. Guérison.* — Coursin (Auguste),

trente-neuf ans, ciseleur en bronze, entre le 29 octobre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 7. Homme bien portant, sans antécédents héréditaires ou personnels, a vu se dégager sans cause connue au devant du poignet droit une tumeur du volume d'un pois quand il s'en est aperçu et qui aujourd'hui a le volume d'une noisette. Cette tumeur a toujours été dure, mobile sur les parties profondes; elle n'est pas douloureuse, mais elle gêne le malade quand il fléchit le poignet.

État actuel. — Au devant de l'articulation radio-carpienne, tumeur du volume d'une noisette, indolente, sans adhérence à la peau qui est normale à sa surface, communiquant avec la synoviale du long fléchisseur propre du pouce dans laquelle on le fait disparaître si l'on vient à presser dessus. Au toucher, on sent un froissement analogue à celui qu'on perçoit en pressant sur un sac rempli de riz ou d'orge. — Incision. Evacuation. Compression ouatée : écharpe.

26 *novembre.* — Guérison. Sortie.

Obs. MCLXVIII. — *Kyste synovial du poignet. Ponction. Injection iodée. Guérison.* — Lessevayer (Henri), dix-sept ans, menuisier, entre le 9 septembre 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Jeune homme bien portant. Il y a sept ou huit mois, il a remarqué qu'il se développait sur la face dorsale de la main droite, au niveau du pli radio-carpien, une tumeur dure, indolente, légèrement bosselée, ne gênant aucunement. A grossi peu à peu, est devenue douloureuse et même, depuis une quinzaine, il est fréquemment obligé de suspendre son travail pendant quelques instants.

État actuel. — Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, inégale, douloureuse à la pression. Peau normale, mobile à sa surface. La tumeur suit les mouvements des tendons des extenseurs des doigts. Pas de crépitation neigeuse.

13 *septembre.* — Ponction avec un petit trocart, issue de liquide de consistance gélatiniforme. — Injection d'eau iodée au tiers. Légère compression. — Guérison au bout de vingt jours.

Obs. MCLXIX. — *Production ostéo-cartilagineuse de la bourse péritendineuse du poignet.* — Forgues (Bernard), trente-cinq ans, cordonnier, entre le 10 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 4. Sujet fortement constitué. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a cinq ans, la face dorsale du poignet droit a commencé à devenir le siège d'une tuméfaction indolente, ne gênant en rien les mouvements, qui s'est accrue progressivement en devenant dure. Depuis deux ans engourdissement dans la main et le bras.

État actuel. — La face dorsale du poignet droit est le siège d'une tumeur du volume d'une grosse noix, irrégulièrement ovoïde, à grand axe vertical, occupant transversalement l'espace qui sépare les extré-

mités inférieures des deux os de l'avant-bras, et descendant jusqu'à l'interligne articulaire du poignet. La surface est lisse, sans bosselures apparentes à la vue. Peau mobile et normale. La tumeur est formée de trois lobes, l'un interne, du volume d'une noisette, bosselé, dur, solide, de consistance ostéo-cartilagineuse ; l'autre externe, du volume d'une fève, de consistance molle, fongueuse; le troisième siégeant à 1 centimètre plus haut et en dedans, du volume d'un pois, offrant la même consistance que le précédent. La tumeur masque la gaine des extenseurs, elle est partiellement mobile à sa surface. Indolence à la pression. Les mouvements du poignet et des doigts sont libres. Rien dans les ganglions épitrochléen et axillaires. Etat général très satisfaisant.

10 *juin*. — Chloroforme. Incision verticale de 5 centimètres : nous isolons la masse morbide par voie de dissection, elle est plus adhérente qu'on n'aurait pensé à la gaine des extenseurs. Nous parvenons néanmoins à l'enlever sans faire de délabrements.

Elle se compose, comme nous l'avions prévu, d'une portion dure, ostéo-cartilagineuse et d'une partie molle fibroïde.

Examen histologique. — La portion dure est formée de tissu cartilagineux, de tissu ostéoïde, et de points limités d'ossification. Les ostéoplastes sont bien formés par place et anastomosés. La portion molle est formée de tissu conjonctif en voie d'évolution avec des vaisseaux généralement embryonnaires.

12. — Température oscillant entre 38° et 39° ; pouls = 120. Suppuration. On place le membre dans l'élévation.

26. — Température normale. Suppuration abondante.

4 *juillet*. — Phlegmon de la main ; drainage.

24. — Guérison. Sortie.

Obs. MCLXX. — *Sarcome développé au pourtour de la synoviale commune des fléchisseurs du poignet droit et propagée à la paume de la main, suivant la gaine du fléchisseur du petit doigt. Amputation de la main. Guérison*. — Deschamps (Ernest), trente ans, garçon marchand de vin, entre le 29 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 2. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle, jusqu'à il y a trois ans et demi ; à cette époque, apparut à la face antérieure de l'avant-bras droit, à 4 centimètres au-dessus du pli du poignet et plus près du bord cubital que du bord radial, une tumeur sur les caractères de laquelle le malade ne nous fournit que peu de renseignements. Il entra à ce moment à l'hôpital de la Pitié, où l'on crut à un kyste que l'on enleva. L'ablation démontra qu'il s'agissait d'une tumeur solide. A partir de ce moment, récidive sur place et développement très rapide; peu après apparition d'une seconde tumeur dans la paume de la main sur le trajet du petit doigt. Il y a quinze jours, un médecin a incisé cette seconde tumeur : écoulement abondant de sang.

Développement d'énormes fongosités mollasses qu'il tâcha de modérer par l'application de pâte de Vienne. Hémorrhagies répétées. La tumeur qui jusqu'alors avait été indolente est devenue très douloureuse.

État actuel. — Il existe deux tumeurs: l'une à la face antérieure du poignet, l'autre dans la paume de la main sur le trajet du tendon fléchisseur du petit doigt. La tumeur du poignet, du volume d'une mandarine, est arrondie, convexe, à limites diffuses. Elle occupe surtout la partie interne de la face antérieure du poignet, et masque par conséquent le quart inférieur du cubitus, mais elle dépasse la ligne médiane et empiète sur la région radiale. Inférieurement elle descend jusqu'au pli du poignet qui est légèrement soulevé, supérieurement la saillie formée par la tumeur s'atténue peu à peu et se perd au milieu des parties molles. Elle a respecté le bord interne, la face dorsale, le bord radial et la partie externe de la face antérieure du poignet. La peau est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. Elle offre une teinte bistrée et la cicatrice de la première opération. Pas d'ulcération. La tumeur palmaire, du volume d'une noix, siège sur le trajet du tendon du fléchisseur du petit doigt : elle s'étend dans le sens vertical de la racine du doigt au milieu de l'éminence hypothénar et dans le sens transversal du bord cubital de la main au quatrième espace interosseux. Sa surface est le siège d'une eschare noirâtre, saignante, de 2 centimètres et demi de diamètre due à l'action de la pâte de Vienne. La synoviale commune et celle du pouce paraissent indemnes à la paume de la main. Au toucher ces deux tumeurs ont une même consistance mollasse, faussement fluctuante. Elles paraissent adhérentes aux tendons qu'elles enveloppent de toutes parts et aux mouvements desquels elles participent. Ces mouvements d'ailleurs sont très limités pour le petit doigt. Rien d'anormal du côté de la face dorsale. Rien dans les ganglions épitrochléen et axillaires. L'état général est encore satisfaisant.

8 *janvier* 1881. — Chloroforme. Incision de la tumeur du poignet et de celle de la main avec le bistouri : il s'agit réellement d'un sarcome de la synoviale ayant envahi toutes les parties molles avoisinantes, muscles, vaisseaux et nerfs. L'amputation de l'avant-bras est nécessaire; nous la faisons à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen par la méthode circulaire. Suture. Drain transversal. Pansement phéniqué.

Sur une coupe longitudinale, on voit que la tumeur enveloppe de toute part la gaine synoviale commune au poignet et à la main. A l'avant-bras les nerfs sont notablement hypertrophiés, le médian, en particulier, offre 1 centimètre de diamètre. Le tissu morbide est très mou et de coloration gris rose.

9. — En enlevant les pinces hémostatiques le sang part. On enlève les sutures et on place des ligatures.

11. — Pansement. — 16. Cicatrisation complète; et le 12 mars, le malade va à Vincennes.

7° *Main.*

Obs. MCLXXI. — *Echarde de sapin ayant séjourné pendant trois ans dans le tissu cellulaire sous-cutané du premier espace intermétacarpien. Suppuration. Ablation du corps étranger.* — Lasnier (Auguste), cinquante-six ans, menuisier, se présente à la clinique du 4 février 1882. Il y a trois ans, a pénétré dans le bord libre du premier espace intermétacarpien gauche, un morceau de bois de sapin, dont on enleva séance tenante toute la partie visible à l'extérieur. La plaie qui résulta de cet accident se ferma rapidement, mais depuis ce moment le malade a toujours eu à ce niveau une sensibilité douloureuse à la pression et la sensation d'un corps étranger. Il y a un an de petits abcès se sont ouverts sur le bord libre de l'espace et sont restés fistuleux.

État actuel. — Tuméfaction et induration du bord libre du premier espace intermétacarpien qui présente deux fistulettes, l'une dorsale, l'autre palmaire, laissant suinter un liquide séro-purulent. Au toucher, sensation d'un corps étranger dur, de 2 centimètres de longueur, dirigé d'une fistule à l'autre. Douleurs à la pression.

4 *février.* — Pas d'anesthésie. Incision de la peau avec le bistouri. On extrait du tissu cellulaire sous-cutané une écharde de sapin du diamètre d'une plume de corbeau et longue de 2 centimètres. Pansement phéniqué. — Le malade retourne chez lui.

Obs. MCLXXII. — *Durillon forcé de la main droite. Cataplasmes. Bains locaux. Guérison.* — Jugeon (Charles), vingt-trois ans, menuisier, entre le 3 juillet 1882, salle Saint-Augustin, n° 79. Le 17 du mois dernier, en se levant, il remarqua, sur le bord externe de l'éminence hypothénar, une tumeur du volume d'un pois, dure, peu douloureuse et mobile sous la peau. Il y a sept jours, s'étant violemment heurté la paume de la main contre une planche, le durillon s'est ouvert; douleurs vives; ne cesse pas cependant son travail, mais enfin est obligé de s'arrêter.

État actuel. — Sur le bord externe de l'éminence hypothénar, au niveau du pli cutané moyen, est une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Le pourtour de cette ulcération est rouge, enflammé, les bords sont comme taillés à l'emporte-pièce et analogues aux ulcérations que l'on remarque dans le mal perforant plantaire. Le fond est grisâtre et saignant. Les mouvements des doigts sont possibles, mais ils exagèrent la douleur : pas de troubles de sensi-

bilité. L'ulcération est profonde, mais les os ne sont pas atteints. — Cataplasmes. Bains locaux.

20 *juillet*. — Guérison. Sortie.

Obs. MCLXXIII. — *Phlegmon superficiel de la main. Drainage. Manuluves. Guérison.* — Irle (Augustine), dix-huit ans, domestique, entre le 29 mars 1882, au nº 39 de la salle Saint-Marthe. En ouvrant des huîtres, l'instrument dont elle se servait a glissé, et elle s'est fait une plaie assez légère au niveau du sillon digito-palmaire de l'index de la main gauche. Quelques jours après, la main est devenue le siège d'un gonflement douloureux : impossibilité de travailler.

Etat actuel. — Gonflement de toute la face palmaire : la peau est tendue, rouge, chaude, douloureuse : le gonflement gagne les premières phalanges des doigts, mais est bien limité au sillon radio-carpien. Flexion des doigts impossible. Au niveau du pli de flexion de l'index : petite plaie linéaire de trois centimètres presque complètement cicatrisée. Fièvre. Insomnie. — Manuluves, cataplasmes. Une pilule d'opium de 0,05. — Le huitième jour : deux incisions. Drainage. Lavages à l'eau phéniquée. Le treizième jour, mieux sensible ; peu d'écoulement de pus par le tube. Le seizième jour, amélioration très marquée, et le 17 avril, va au Vésinet.

Obs. MCLXXIV. — *Papillome de la face dorsale de la main chez un enfant de douze ans. Ablation par le bistouri. Guérison.* — Paul Debrie, douze ans, écolier, se présente à notre clinique du 13 mai 1882. Il y a six mois, sans cause connue, il vit apparaître à la face dorsale de la main droite, au niveau de la tête du quatrième métacarpien, une sorte de plaque verruqueuse du diamètre d'une lentille, qui s'est étendue rapidement en surface, sans déterminer ni gêne ni douleur.

État actuel. — La face dorsale de la main droite est déformée par une tumeur, convexe en verre de montre, régulièrement circulaire, de 2 centimètres et demi de diamètre et d'un demi-centimètre d'épaisseur, masquant la tête du quatrième métacarpien et empiétant sur les espaces intermétacarpiens voisins. La surface, d'un gris rosé, est hérissée de saillies papillaires hypertrophiées, du volume d'un grain de millet, recouvertes de leurs cônes épithéliaux et séparées par des sillons interpapillaires réguliers. Il n'existe pas de tendance à l'ulcération. Au toucher, la plaque papillaire est mobile avec la peau à la surface du tendon et des os. Indolence complète. Rien dans les ganglions épitrochléen ou axillaires. État général très satisfaisant.

13 *mai*. — Chloroforme. Ablation au bistouri. Suture. Pansement phéniqué. — Retourne chez lui, où il sera soigné par son médecin.

Obs. MCLXXV. — *Épithélioma du dos de la main gauche. Ablation par le thermo-cautère et le bistouri.* — Liedois (Charles), soixante-

quatre ans, nacrier, entre le 20 mars 1882, n° 30, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Il y a huit mois, il remarqua sur la face dorsale du premier espace intermétacarpien gauche un bouton verruqueux, fendillé, du volume d'une lentille. Un prurit continuel le porta à se gratter ; il fit à plusieurs reprises saigner la verrue et celle-ci finit par s'ulcérer. Un médecin consulté conseilla l'emploi des caustiques. Aggravation.

État actuel. — La face dorsale du premier espace intermétacarpien gauche est le siège d'une ulcération de 3 centimètres et demi de diamètre, qui empiète sur les régions du premier et du second métacarpien. Elle est assez régulièrement circulaire ; sa surface convexe en verre de montre fait dans sa partie la plus élevée un relief de 1 centimètre, elle est hérissée de saillies papillaires, déformées et hypertrophiées, les unes érodées et saignantes, les autres recouvertes de cônes épithéliaux blanc jaunâtre, en voie de desquamation. Dans les interstices de ces végétations, débris purulents et épithéliaux jaunâtres. Les bords sont durs, disposés en bourrelets, un peu moins élevés que le centre. Au pourtour de l'ulcération, dans l'étendue de 1 centimètre, la peau est érythémateuse, épaissie, sèche, moins souple qu'à l'état normal. Tous ces tissus reposent sur une base indurée qui ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-cutané. Douleurs lancinantes intermittentes. Rien dans les ganglions épitrochléen et axillaires.

25 *mars.* — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, nous faisons, à 1 centimètre et demi des limites du mal, une incision circulaire d'un demi-centimètre de profondeur, puis saisissant le bord de la tumeur avec des pinces, nous la détachons par sa face profonde. Pas d'hémorrhagie. — *Une coupe verticale* nous montre que les limites du mal ont été dépassées sauf en un point. — Nous enlevons donc de ce côté une nouvelle couche de tissus. Pansement phéniqué et légère compression ouatée.

26. — Le malade a passé une bonne nuit : apyrexie.

10 *avril.* — La plaie suppure toujours un peu; son aspect est cependant aussi satisfaisant que possible. — Exeat.

Obs. MCLXXVI — *Large épithélioma du dos de la main et du poignet. Amputation de l'avant-bras à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs.* — Duval (Julienne), trente-six ans, domestique, entre le 20 décembre 1881, n° 55 *bis*, salle Sainte-Marthe. Son père est mort d'un épithélioma de la face. Bonne santé habituelle jusqu'à il y a cinq ans. A cette époque, elle remarqua, à la partie moyenne de la face dorsale du carpe gauche, un tubercule cutané verruqueux qui était le siège d'un prurit l'obligeant à se gratter. Elle l'écorcha à plusieurs reprises et le fit saigner. Il y a deux ans la tumeur, qui avait le volume d'une amande, s'ulcéra. L'ulcération fit des progrès rapides

dans tous les sens, malgré des cautérisations à l'acide nitrique.

État actuel. — La face dorsale de la région carpo-métacarpienne gauche est déformée par une tumeur plate irrégulièrement arrondie, circulaire, étendue verticalement de l'interligne articulaire du poignet à la racine des doigts et transversalement du bord radial du cinquième au bord cubital du deuxième métacarpien ; seule la face dorsale du métacarpien du pouce est indemne. La tumeur offre l'aspect d'un gros champignon formant un relief de 2 à 3 centimètres, à surface ulcérée dans toute son étendue, anfractueuse, hérissée de fongosités. La tumeur est dure, de consistance lardacée, adhérente par sa large base d'implantation aux os du carpe et du métacarpe ainsi qu'aux parties molles qui séparent ces os. Les mouvements du poignet étant conservés, ceux des doigts sont entravés et provoquent des douleurs lancinantes. Rien dans les ganglions épitrochléen et axillaires. État général encore satisfaisant.

24 *décembre.* — Chloroforme. Amputation de l'avant-bras à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs, par la méthode circulaire. Drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe verticale de la main on voit que le tissu morbide a envahi le périoste, les os du carpe et du métacarpe, les gaines tendineuses, les muscles interosseux et le tissu cellulaire jusqu'à la face palmaire.

Suites de l'opération heureuses ; pas la moindre fièvre, et le 17 janvier la plaie est presque complètement cicatrisée. Va au Vésinet.

8° *Doigts.*

Obs. MCLXXVII. — *Doigt surnuméraire de la main droite.* — Rigot (Jeanne), six mois et demi, 11 novembre 1882 (externe). Cette enfant porte à la main droite un doigt surnuméraire implanté sur le côté externe de la tête du premier métacarpien et ayant quelque analogie de forme avec un ergot de coq. Il se détache, en effet, à angle obtus du métacarpien et s'incurve à son extrémité libre de manière à représenter une griffe. Ce doigt présente trois phalanges : la première articulée, comme le pouce, sur la tête du premier métacarpien, a une longueur normale ; la seconde offre une longueur double de la première ; la troisième est atrophiée, du volume d'un grain de riz, et est recourbée en dedans et en avant du côté de la face palmaire, ainsi que l'ongle qu'elle supporte. C'est cette disposition qui donne au doigt l'aspect de griffe. Les articulations sont bien conformées. On peut leur imprimer les mêmes mouvements qu'à celles des autres doigts. Mais elles n'obéissent à aucun mouvement volontaire. Il n'existe, en effet, ni tendon extenseur ni tendon fléchisseur.

— Les parents, n'acceptant pas l'opération, emmènent leur enfant.

Obs. MCLXXVIII. — *Panaris profond du pouce droit, consécutif à une piqûre. Incision. Guérison.* — Van Brussel (Charles), vingt ans, cordonnier, entre le 26 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Assez bonne santé habituelle. Il y a trois semaines, se piquait à la face palmaire du pouce droit avec une aiguille de sellier. La plaie ainsi produite saigna, paraît-il, beaucoup, et pendant huit jours, toutes les fois qu'on défaisait le pansement et qu'on diminuait la compression qu'on avait faite, l'hémorrhagie se reproduisait. Dès le début, le doigt fut le siège d'une douleur vive qui pendant plus d'une semaine empêcha le malade de dormir. Puis le pouce se mit à enfler, à devenir plus douloureux encore ; du pus s'y produisit, et le 18 juillet à la consultation, on lui fit une incision comprenant presque toute la longueur de la deuxième phalange. Cataplasmes dès le début.

État actuel. — La plaie qui résulte de l'incision est le siège d'un bourgeonnement exagéré : pas d'inflammation périphérique, peu de douleurs. — Cautérisation au nitrate d'argent. Pansement au vin aromatique.

Pendant les jours suivants, on continue le même pansement, en ayant soin de cautériser tous les jours profondément au nitrate d'argent : les bourgeons diminuent rapidement de volume, la plaie se rétrécit assez vite. — 9 août. Il est à peu près guéri. Exeat.

Obs. MCLXXIX. — *Panaris profond de l'index de la main gauche. Incision. Perte de la phalangine. Guérison.* — Dufour (Jules), quarante-deux ans, menuisier, entre le 12 février 1880, salle Saint-Augustin, n° 9. Il s'est enfoncé dans l'indicateur de la main gauche, au niveau de l'articulation de la phalangette avec la phalangine, une esquille de bois qu'il n'a pu retirer immédiatement, et il a continué son travail. Le surlendemain, douleur, gonflement, impossibilité de fléchir le doigt, le malade est obligé de cesser de travailler. Pansement par un pharmacien avec un onguent.

Aujourd'hui, le doigt est volumineux, en massue, les tendons fléchisseurs sont à nu, le stylet arrive sur l'os de la phalangine qui est nécrosée, on constate la présence de pus dans la deuxième phalange et même dans les tissus de la première. — Incision. Cataplasmes.

30 *mars.* — On enlève la troisième phalange nécrosée.

2 *avril.* — Le malade étant en bonne voie de guérison, exeat.

Obs. MCLXXX. — *Panaris de l'index. Cataplasmes. Incision. Guérison.* — Villergier (Léonard), vingt-huit ans, cuisinier, entre le 2 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 7. Il y a huit jours, il s'est piqué en découpant une volaille ; dès le lendemain son doigt a enflé, en même temps des douleurs très vives. Insomnie. Inappétence.

A son entrée. — On observe au niveau de la dernière phalange de l'index, partie interne, un gonflement très notable. La peau est

rouge, violacée. Lymphangite de l'avant-bras ; les ganglions de l'aisselle sont engorgés. — Cataplasmes.

Le troisième jour, incision. Issue d'un pus très épais. Soulagement immédiate ; et le 6 février, guérison. Sortie.

Obs. MCLXXXI. — *Panaris de l'index gauche. Sphacèle de la face palmaire de la phalangette. Chute spontanée.* — Georges (Alexandre), quarante-six ans, maçon, entre le 25 avril 1882, salle Sainte-Marthe, nº 17. Bonne santé habituelle. Dans les premiers jours d'avril, ce malade, sans cause appréciable, ressentit une douleur vive et continue à l'index gauche. Cette douleur augmenta ; le doigt devint bientôt rouge et volumineux, un panaris se produisit. On l'incisa le 9 ou le 10 avril : aucun soulagement.

État actuel. — L'index gauche est tuméfié, induré, rouge ; la face palmaire de la phalangette est sphacélée. La rougeur s'étend un peu sur le dos de la main. Il est impossible au malade de fléchir les articulations des phalanges ; l'articulation métacarpo-phalangienne est mobile. Depuis deux ou trois jours les douleurs sont moindres ; la suppuration est abondante et s'écoule bien. — Pansement au vin aromatique. Bains de mains.

7 *mai.* — Nous enlevons la troisième phalange, qui était mobile. Pansement au vin aromatique.

9. — Nous rapprochons les lambeaux par des bandelettes de diachylon imbriquées.

14. — La réunion est presque complète ; exeat.

Obs. MCLXXXII. — *Panaris du doigt médius. Cataplasmes. Incision. Guérison.* — Cerisay (Brigitte), quarante-huit ans, couturière, entre le 7 février 1881, salle Sainte-Marthe, nº 55. Depuis une semaine elle souffrait beaucoup à l'extrémité du médius, sans y rien découvrir d'apparent, mais depuis trois jours, la douleur est devenue plus intense, le gonflement est apparu d'abord autour de l'ongle, puis a gagné la phalangine et la phalangette.

A son entrée. — Les deux dernières phalanges du doigt médius de la main droite sont extrêmement tuméfiées, la peau est rouge, tendue ; la pression exagère les douleurs, qui sont intolérables ; on ne peut sentir la fluctuation. Fièvre. — Cataplasmes. Manuluves. Pilule d'opium de 0,05. — Le troisième jour : adénite axillaire.

15 *février.* — Au niveau de la face externe, on sent la fluctuation. Incision profonde, écoulement de pus épais, mélangé de sang. — Cataplasmes. — Les jours suivants, mieux sensible et, le 22 mars, la malade sort guérie.

Obs. MCLXXXIII. — *Panaris du doigt médius. Phlegmon de la main. Frictions mercurielles. Cataplasmes. Manuluves. Guérison.* — Frère (Ernest), soixante-deux ans, journalier, entre le 3 mars 1880, salle Saint-Augustin, nº 1. Il y a environ une semaine, il s'est fait avec

un poinçon une piqûre à l'extrémité du doigt médius de la main droite ; a continué à travailler, mais depuis quatre jours une inflammation accompagnée d'une douleur très vive s'est développée ; fièvre, doigt tuméfié, presque double de volume, rouge, chaud, douloureux à la pression ; la peau est luisante et rouge foncé. — Cataplasmes.

Le troisième jour, incision : soulagement.

Quatorze jours après, le malade se plaint de douleurs dans la main et de fièvre : en effet, inflammation légère du doigt malade et de la face dorsale de la main. Le lendemain et les jours suivants, le gonflement augmente, il occupe toute la main, dont la peau est chaude et rouge ; souffrances vives ; fièvre. — Membre dans une position élevée, frictions avec de l'onguent mercuriel ; cataplasmes, manuluves.

A partir du huitième jour, amélioration : peu à peu l'appétit renaît, et, le 1er avril, complète guérison.

Obs. MCLXXXIV. — *Panaris et phlegmon gangreneux de la paume de la main.* — Lançon, soixante-dix-neuf ans, tanneur, entre le 12 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 73 (Pièce moulée et déposée au n° 538, de notre collection du musée Saint-Louis).

8 *octobre.* — A été brûlé par une étincelle ; le lendemain, phlyctène, et le 10, main très enflée et douloureuse.

12. — Panaris du médius gauche et phlegmon de la paume de la main. — Longue incision sur la face palmaire de la première phalange. Les jours suivants il y a du sphacèle de la peau de la face palmaire de la main et du médius. — L'élimination des parties sphacélées ne fut complète qu'un mois après : à cette époque, les tendons fléchisseurs nécrosés apparaissaient à nu dans toute l'étendue du médius et dans la partie inférieure de la paume de la main. Dans les premiers jours de décembre, les tendons sphacélés s'éliminent. La réparation très lente est impuissante à amener la cicatrisation. — On se propose de désarticuler le doigt, mais le malade sort. — A aucun moment il n'y a eu de sucre ou d'albumine dans les urines.

Obs. MCLXXXV. — *Enchondrome du doigt. Désarticulation. Guérison.* — Picard (Esther), cinquante ans, ménagère, entre le 5 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 39. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Il y a trois ans, grosseur du volume d'une lentille au niveau de la face palmaire de la deuxième phalange de l'annulaire droit. Indolente, assez dure, cette tumeur ne causait qu'un peu d'engourdissement. Elle s'est accrue progressivement et a fini par gêner les mouvements du doigt.

État actuel. — Du volume d'une noisette, le néoplasme s'étend entre les deux plis palmaires du doigt et occupe toute la largeur de celui-ci. Elle soulève la peau, qui n'est pas adhérente. Légèrement mobile verticalement, très peu transversalement, elle est séparée en

deux lobes inégaux par un sillon superficiel et vertical. Sa consistance est dure, élastique, rappelant absolument celle du cartilage.

Il n'y a ni douleurs spontanées ni douleurs à la pression, mais par son volume, la tumeur empêche la flexion complète du doigt sur la paume de la main.

14 *janvier*. — Anesthésie. On désarticule la deuxième phalange. Suture, drainage. Pansement de Lister.

L'enchondrome est situé en avant de la gaine du fléchisseur à laquelle il adhère.

Du 14 au 20, il n'y a qu'un petit mouvement fébrile le soir (T. = 37° 6). — Du 20 au 25, la malade a de la diarrhée. Quelques envies de vomir, la suppuration prend une coloration orangée, le 24 et le 25. En même temps il se développe une lymphangite du dos de la main qui s'arrête facilement, mais donne lieu à un abcès sous-cutané ouvert le 28 janvier. La fièvre tombe à partir du 25. La plaie digitale se cicatrise rapidement.

2 *février*. — Il ne reste que quelques bourgeons à la face palmaire de la phalange. Exeat.

Obs. MCLXXXVI. — *Epithélioma de l'auriculaire gauche. Amputation* (Pièce moulée et déposée au n° 577 de notre collection du musée Saint-Louis). — Leblanc, soixante-dix ans, femme de ménage (externe). D'une excellente santé. Pas d'antécédents suspects. Il y a deux ans, cette femme prétend avoir été piquée ; à la suite de cette piqûre, l'extrémité du doigt rougit, s'enflamma, et la malade ressentit des douleurs assez vives. Au bout de six mois l'ongle tomba, et c'est à ce moment que se développa autour de la matrice unguéale une série de petits bourgeons qui ne firent que croître depuis.

Actuellement. — Doigt de forme bizarre, surmonté qu'il est d'un champignon fongueux assez volumineux, suintement fétide, assez abondant. Pas de ganglions axillaires. Bon état général de la malade.

11 *juin*. — La malade n'est pas endormie. Désarticulation de la phalangine. Suture. Pansement Lister. — La malade retourne chez elle.

Obs. MCLXXXVII. — *Molluscums multiples. Ablation de plusieurs de ces tumeurs*. — Chauvy (Gustave), trente-neuf ans, journalier, entre le 26 mars 1881, au n° 1 de la salle Saint-Augustin. A l'âge de onze ans, il a commencé à voir apparaître à 3 centimètres du pli radio-carpien, sur la portion externe de la face antérieure de l'avant-bras, une tumeur du volume d'un pois au début, et qui en quelques mois a atteint la grosseur d'une mandarine ; cette tumeur s'est développée de haut en bas, si bien qu'elle a gagné le sillon radio-carpien : aucunement douloureuse, ne gênant point les mouvements du poignet. Cinq mois après, d'autres tumeurs du même genre sont apparues sur les avant-bras, le bras, le tronc, les membres inférieurs et jusque sur la verge.

Toutes ces tumeurs du volume d'un pois en commençant ont évolué, les unes rapidement, les autres lentement; d'autres enfin sont restées stationnaires. Il y a quatre ans, Dolbeau lui enleva quelques-unes de ces tumeurs, qui, par leur siège le gênaient beaucoup, notamment une au cou, au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, l'autre au pli du coude, au-devant de l'expansion aponévrotique du biceps, enfin une troisième en arrière, sur le sommet de l'apophyse olécrânienne. On voit aujourd'hui les cicatrices blanchâtres résultant de l'ablation de ces tumeurs.

État actuel. — Sur les différentes parties du corps, sont en nombre considérable des tumeurs de diverses grosseurs, sessiles, pédiculées, en battant de cloche ; certaines ressemblent à un grain de raisin sur son court pédicule. Il serait bien difficile, vu leur nombre, de donner une description de chacune de ces tumeurs. Les plus volumineuses siègent sur le tronc et sur les membres inférieurs. La plupart de ces tumeurs sont ou sessiles ou pédiculées, ont une consistance molle analogue à celle des lipômes; en les prenant, on a la sensation d'un tissu mollasse mélangé à des parties plus résistantes. Un certain nombre semblent presque vides; en les palpant, on dirait qu'elles ne sont constituées que par des parois formées par la peau et comparables à de petits sacs vides. Peau normale. — Le malade demandant à être débarrassé des plus grosses et des plus gênantes, nous en enlevons une dizaine : plusieurs sur le tronc, une sur la fesse gauche, enfin une grosse au niveau du sillon radio-carpien et occupant la partie interne de la face antérieure de l'avant-bras et du poignet, auprès de celle que Dolbeau avait enlevée il y a près de cinq ans. — Sutures. Pansement phéniqué. — Guérison rapide.

Le malade était en outre porteur d'une hydocèle volumineuse et extrêmement douloureuse, traitée d'abord par les cataplasmes puis par la ponction (90 grammes de liquide teinté de rouge). — Le malade quitte le service le 18 juin 1887.

§ V

MEMBRE INFÉRIEUR.

1° *Fesse.*

Obs. MLXXXVIII. — *Épanchement traumatique de la fesse droite. — Résolutifs. — Guérison.* — Sacré, trente-deux ans, monteur en cuivre, entré le 8 mars 1882, salle Sainte-Marthe. Alcoolique. A fait avant-hier une chute directement sur la fesse droite de sa hauteur ; a p

se relever et regagner son domicile. Hier a pu travailler pendant quatre heures. Tout à coup dans la journée, en faisant un mouvement, le malade fut pris d'une violente douleur, et s'aperçut qu'il ne pouvait plus marcher.

État actuel. — Augmentation énorme de volume de la fesse droite : pas d'ecchymose, consistance élastique et rénitente. La partie supérieure de la fesse est plus dure. Fluctuation manifeste en bas, douleur. — Cataplasmes froids. Repos. Bains.

Au bout de quelques jours de ce traitement, l'épanchement a complètement disparu et la marche est facile. Exeat.

Obs. MLXXXIX. — *Abcès par congestion des régions trochantérienne et fessière. Ponction. Évacuation du contenu.* — Bisson (Marie), vingt-quatre ans, passementière, entrée le 15 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 55. Pas de marques évidentes de scrofule dans l'enfance. Un enfant en janvier 1879; deux mois après, fistule au niveau du coccyx ayant duré un mois. On en voit la cicatrice. Il y a dix-huit mois elle a éprouvé une légère douleur de la fesse gauche; quelques jours plus tard elle a vu se former derrière le grand trochanter une petite grosseur. Cette tumeur s'est accrue peu à peu, mais son accroissement a été surtout rapide il y a un an.

Aujourd'hui on aperçoit derrière le grand trochanter gauche une tumeur arrondie, évidemment fluctuante, sans changement de couleur à la peau et mesurant 20 centimètres verticalement et 17 centimètres transversalement.

En dedans de cette masse principale, vers l'échancrure sciatique, au-dessus de la partie externe du pli fessier, existe une autre collection fluctuante à peine saillante et qui échappe à première vue. La fluctuation ne paraît pas se transmettre d'une poche à l'autre.

A la partie supérieure de la région lombaire est une saillie anormale d'une apophyse épineuse. Il est donc très probable que la lésion primitive est un mal de Pott de cette région; mais cette malade n'a jamais éprouvé de douleurs spontanées, et l'exploration ne révèle aucun point douloureux ni au rachis, ni au bassin, ni du côté du fémur. Rien du côté de l'articulation de la hanche.

18 *juin.* — Ponction de la poche principale rétro-trochantérienne avec un gros trocart. Il sort du pus granuleux. Les grumeaux bouchant à chaque instant le trocart, c'est avec peine qu'on arrive à évacuer la plus grande partie du contenu de la poche. Compression ouatée.

Légère réaction inflammatoire le surlendemain. Huit jours après la ponction, tout phénomène inflammatoire a entièrement disparu.

La malade sort le 27 juin. Le contenu de la poche ne s'est pas reproduit d'une manière appréciable.

Obs. MCXC. — *Abcès froid à contenu séro-purulent et huileux, de la*

hanche droite. Drainage. — Goudon (J.-B.), quarante-huit ans, garçon de bureau, entre le 17 novembre 1882, n° 6, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Adénites cervicales dans l'enfance. A vingt-cinq ans, sans causes connues, une série d'abcès se sont développés spontanément à la face externe de la fesse et de la cuisse droites; ils sont demeurés fistuleux pendant trois et quatre mois, puis se sont fermés sans donner issue à des séquestres. Le malade n'avait pas souffert depuis cette époque lorsque, il y a trois semaines, une tumeur du volume d'une noix est apparue entre la crête iliaque et le grand trochanter du côté droit et s'est développée assez rapidement.

État actuel. — La hanche droite est déformée par une tumeur globuleuse, du volume d'une tête de fœtus à terme, étendue verticalement de la crête iliaque au pli fessier et transversalement d'une ligne qui raserait le bord antérieur du grand trochanter, à une ligne qui prolongerait le trajet du nerf sciatique. La surface est convexe, lisse et unie, formée de deux lobes superposés dont l'inférieur est moitié plus volumineux. Peau saine. Sur la face externe de la cuisse on voit six cicatrices déprimées, échelonnées sur une même ligne verticale, à 3 centimètres les unes des autres. Toutes remontent aux accidents que le malade a éprouvés à l'âge de vingt-cinq ans et sont fermées depuis cette époque. La tumeur est molle et franchement fluctuante dans toute son étendue. Rien du côté de l'articulation coxo-fémorale de l'os iliaque, du fémur ou du rachis. Rien dans les ganglions. État général satisfaisant.

25 *novembre.* — Pas d'anesthésie. A l'aide du bistouri nous faisons à la partie déclive de la tumeur une incision qui donne issue à 500 grammes d'un liquide séro-purulent, de coloration jaune et de consistance huileuse. L'exploration avec l'index conduit vers la crête iliaque, mais ne permet pas de sentir l'os dénudé en aucun point. Contre-ponction avec un trocart; drainage; lavages phéniqués.

27 *novembre.* — Pas de fièvre. Écoulement modéré. Indolence.

7 *décembre.* — Suppuration presque tarie, le malade sort avec son tube.

Obs. MCXCI. — *Abcès froid volumineux de la hanche gauche. Drainage.* — Laurent (Dominique), vingt-quatre ans, facteur, entre le 10 novembre 1882, n° 78, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Lymphatisme ; adénites cervicales dans l'enfance. A l'âge de treize ans il eut à la racine de la cuisse gauche des abcès qui se sont ouverts spontanément et ont donné issue à des séquestres. Il y a quatre ans, c'est-à-dire sept ans plus tard, un nouvel abcès s'est ouvert de la même façon au voisinage des précédents. Il y a cinq semaines, à la suite de fatigues, il remarqua au niveau de la hanche gauche une tumeur molle, indolente, qui s'est accrue assez rapidement.

État actuel. — La hanche gauche est déformée par une tumeur

ovoïde, à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure, étendue verticalement de la crête iliaque à l'union des tiers supérieur et moyen de la cuisse, et transversalement d'une ligne qui descendrait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à une ligne qui prolongerait la direction du grand nerf sciatique. La surface est convexe, sans bosselures, la peau saine. La tumeur est molle et franchement fluctuante dans toute son étendue. Rien d'anormal du côté de l'articulation coxo-fémorale, du fémur, de l'os iliaque ou du rachis. Indolence. Rien du côté des viscères thoraciques et abdominaux. État général peu satisfaisant ; émaciation, anémie.

25 *novembre.* — Pas d'anesthésie. A la partie déclive de la tumeur, incision exploratrice qui donne issue à 2 litres de liquide séro-purulent grumeleux ; aucun point osseux dénudé. Contre-ponction. Drainage, et lavages.

27 *novembre.* — Suppuration abondante. Pas de fièvre.

11 *décembre.* — Suppuration très modérée. Sortie.

Obs. MCXCII. — *Abcès froid volumineux de la région trochantérienne droite. Ponction. Drainage. Injections iodées. Guérison.* — Peter (Karl), quarante et un ans, tailleur, entre le 12 novembre 1881. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Nie tout antécédent syphilitique. Depuis six ans, il éprouve dans la région trochantérienne droite des douleurs sourdes, continues, lancinantes, exagérées par la pression et par le froid. Il y a cinq mois, la région, qui n'avait jusque-là présenté aucune déformation appréciable, devint le siège d'une tumeur molle, fluctuante, douloureuse, qui fit des progrès assez rapides.

État actuel. — La partie supérieure et externe de la cuisse droite est déformée par une tumeur semi-ovoïde, à grosse extrémité inférieure étendue d'avant en arrière du bord externe du triangle de Scarpa, au trajet du nerf sciatique, en enveloppant la région trochantérienne, et verticalement du sommet du grand trochanter à l'union des tiers supérieur et moyen du fémur. Sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes ; la peau qui la recouvre, légèrement distendue et œdématiée, offre une teinte bistrée et de petites arborisations veineuses superficielles, bleuâtres. Au toucher, il existe un certain degré d'empâtement. La tumeur, mal limitée, à bords diffus, offre une consistance manifestement fluctuante, avec une sensation de frémissement spécial, comme s'il existait des grumeaux. Le membre inférieur droit est le siège de varices dont le malade fait remonter le début à l'époque du développement de la tumeur. Rien d'appréciable du côté du rachis, du bassin ou du fémur. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

12 *novembre.* — Pas d'anesthésie. Drainage Issue d'un pus blanchâtre, épais, grumeleux. Injection iodée.

5 *décembre.* — Fièvre pendant trois jours. Sort guéri.

Obs. MCXCIII. — *Lipome de la fesse droite.* — *Ablation. Guérison.* — Viot (Auguste), soixante-deux ans, charpentier, entre le 19 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a treize ans, sans causes connues, il remarqua à la partie supérieure de la fesse droite, à trois travers de doigt des bords du sacrum et à quatre travers de doigt de la crête iliaque, une tumeur ferme, solide, mobile sous la peau, indolente, du volume de la moitié d'une bille. Cette tumeur se développa lentement et progressivement en se portant en bas. Il y a six ans, elle avait le volume d'une noix. A partir de ce moment ses progrès ont été plus rapides, et le phénomène de progression en bas s'est accentué. Depuis un an son volume empêche le malade de s'asseoir sur la fesse droite. Il y a deux mois, la tumeur est devenue le siège d'une inflammation légère, des douleurs se sont développées sur le trajet du nerf sciatique.

État actuel. — La fesse droite est déformée par une tumeur siégeant au niveau de l'ischion, arrondie, globuleuse, du volume d'une tête de fœtus au sixième mois, pédiculée, disposée en forme de bourse, sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau amincie, tendue, offre des traces d'inflammation récente : réseaux capillaires de nouvelle formation, adhérences à la tumeur. Au toucher, celle-ci offre la consistance mollasse du lipome, elle n'est reliée au tissu cellulo-adipeux que par un prolongement en forme de pédicule de 8 centimètres de circonférence. Les muscles fessiers sont indépendants. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Douleurs intermittentes, irradiées aux branches du sciatique, exagérées par la pression. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général satisfaisant.

20 *mai.* — Pas d'anesthésie. Ablation large au bistouri. Drain. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

A la coupe. — Il s'agit bien d'un lipome enkysté.

4 *juin.* — On enlève les points de suture. La réunion s'est effectuée. Pansement au vin aromatique.

5. — Un peu de dysurie. Cathétérisme. L'urine est acide, sans albumine ni sucre.

14. — Guérison de l'opération : miction toujours difficile. Exeat sur sa demande.

2° *Aine.*

Entre autres observations curieuses, signalons l'observation MCCIII, intéressante en raison de la rareté des kystes séreux de la région crurale et de l'épineuse question

de diagnostic qu'ils soulèvent : question rendue plus délicate encore quand l'inflammation s'empare de la tumeur, comme cela avait lieu dans le cas actuel. Une tumeur sous-aponévrotique liquide de la région peut dépendre du tissu cellulaire : kyste séreux; des vaisseaux : anévrysme ; des ganglions : kyste ganglionnaire ; des organes abdominaux : hydro-épiplocèle enkystée ; des muscles ou de leurs dépendances : hygroma de la bourse séreuse du psoas ou de l'articulation coxo-fémorale. Ce peut être enfin un kyste hydatique. Quelles sont les raisons qui nous ont fait penser à un kyste séreux simple enflammé plutôt qu'à l'une quelconque des autres variétés de tumeurs ? Il faut avouer qu'à part l'anévrysme qui a des caractères tellement tranchés qu'il est presque impossible de le méconnaître, toutes ces tumeurs ont un grand nombre de caractères communs et que c'est seulement une grande expérience et une grande habitude d'observation qui permettent de faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Une épiplocèle peut s'enkyster et devenir le siège d'un épanchement liquide, s'enflammer, suppurer et simuler à s'y méprendre la tumeur que nous observions. Les considérations qui nous faisaient écarter cette idée dans le cas actuel sont : le siège de la tumeur à distance des anneaux herniaires et sa consistance exclusivement liquide, alors que l'épiplocèle enkystée offre toujours une masse pâteuse. Les adénites suppurées reconnaissent comme point de départ une lésion des membres inférieurs, de l'anus ou des organes génitaux, et cette lésion faisait défaut dans notre cas ; d'ailleurs elles s'accompagnent ordinairement d'une inflammation périphérique plus franche que celles que nous observions. Un kyste ganglionnaire enflammé aurait eu plus d'analogie, mais à côté de la portion liquide on trouve presque toujours une masse solide qui faisait défaut. Quant aux kystes dépendant de la bourse séreuse du psoas ou de l'articulation, ils siègent plutôt au sommet du triangle de Scarpa qu'à sa base, et sont plus profondément situés que ne l'était notre tumeur. A côté des différences que nous venons de signaler, nous pourrions remarquer que la tumeur

émergeant des couches profondes était moins bien limit et avait une forme moins régulière que celle de la tume de notre malade. C'est donc en procédant par exclusi que nous sommes arrivés à poser un diagnostic que l'op ration a vérifié.

Toutes ces considérations sont applicables à l'observ tion MCCIV (*Kyste huileux du triangle de Scarpa*), qui e à rapprocher de celle-ci.

Obs. MCXCIV. — *Contusion de la région inguinale droite. Guériso* — Dangleterre (Abraham), vingt-cinq ans, menuisier, entre le 28 d cembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 4. Jamais malade. Hier apr midi, en voulant poser un escalier dans une cave, le malade tom sur un tonneau dont le bord porta sur l'aine droite.

État actuel. — Région inguinale droite rouge, gonflée, doulo reuse à la pression. Pas d'ecchymose. Mouvements du membre i férieur droit douloureux. — État général bon. Compresses camphré sur le point douloureux. — Guérison le 31 décembre. Exeat.

Obs. MCXCV. — *Périadénite inguinale. Incision. Guérison.* — Schwar (Juliette), vingt-deux ans, fleuriste, entrée le 27 décembre 1880, sal Sainte-Marthe, n° 36. Depuis deux mois vaginite blennorrhagiqu Tumeur de l'aine depuis quelques jours.

État actuel. — La tumeur de l'aine est constituée surtout par de périadénite très diffuse, remontant du côté du ventre à plusieu centimètres, s'avançant également vers la partie interne jusqu'au d vant du pubis. Les tissus sont empâtés et durs. On ne sent p les ganglions, mais on aperçoit une fluctuation assez profonde au n veau de l'arcade crurale.

3 *janvier.* — Incision : issue de pus de bonne nature : décoll ment assez étendu. Drain. Pansement phéniqué et compressio ouatée.

Le pansement est renouvelé ainsi que la compression pendar quelques jours. Le pus qui s'écoule de la plaie est très dilué et re ferme une certaine quantité de gaz. La blennorrhagie vaginale cont nue. Très négligente, en effet, la malade ne se fait pas les injectio astringentes que nous lui prescrivons. D'autre part, elle est affect de vaginisme rendant impossible l'introduction de tout agent méd camenteux dans le vagin.

20. — Le drain est retiré. Le décollement est évidemment moin étendu.

24. — Plaie complètement fermée. Sort le 31 janvier.

Obs. MCXCVI — *Abcès sous-cutané de cause indéterminée, siégean*

dans le pli génito-crural gauche. Guérison. — Lambert (Charles), journalier, soixante-deux ans, entre le 23 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. Il y a environ une quinzaine de jours, ce malade a vu se développer peu à peu dans le pli génito-crural gauche une grosseur légèrement douloureuse, qui augmenta peu à peu de volume, et au bout d'une huitaine de jours devint rouge et parut se ramollir. La douleur augmenta bientôt, si bien que le malade ne put continuer son travail.

État actuel. — Tuméfaction molle, fluctuante au centre, rouge, entourée d'une zone d'œdème. Les organes voisins paraissent sains. Les organes du cordon sont intacts; le canal de l'urèthre est libre. Toutefois le malade affirme avoir eu depuis quelque temps de la difficulté à uriner, et il prétend que c'est surtout au moment où cette difficulté a été le plus considérable que la tuméfaction s'est produite. L'état général n'est pas très bon. Le malade est affaibli. — Ponction. Drainage. Injections d'eau phéniquée.

Pendant assez longtemps la région reste empâtée et la poche sécrète beaucoup de pus. Aux injections phéniquées nous substituons, du 1er au 20 juillet, des injections de teinture d'iode. Pansement de Lister.

Vers la fin de juillet une amélioration se produit peu à peu; le 2 août nous supprimons les injections iodées.

Le 7 août le tube est enlevé, et le 22 le malade sort absolument guéri.

Obs. MCXCVII. — *Adénite inguinale. Incision. Guérison.* — Desponts (Louis), quinze ans et demi, entre le 9 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 11. Tempérament manifestement lymphatique. Dans le courant de novembre dernier, sans cause appréciable, il sentit au niveau de la partie supéro-interne de la cuisse gauche une petite grosseur non adhérente à la peau, du volume d'une très petite amande, sans coloration spéciale, indolente. Cette grosseur augmenta peu à peu de volume. Dans les premiers jours de janvier, la peau rougit, douleur, gêne.

État actuel. — Tuméfaction rouge, chaude, oblongue, de 7 centimètres sur 4. Molle et fluctuante en un point où la peau est mince. Douleur très supportable à la pression; pas de douleur spontanée. Les ganglions inguinaux sont assez développés du côté malade; ils le sont beaucoup moins à droite. Au niveau de la partie interne du genou, légère écorchure datant, au dire du malade, de plusieurs mois et occasionnée par un coup de griffe de chat.

10. — Incision. Issue de pus. La tuméfaction, qui persiste, paraît assez nettement bosselée. Traitement antiscrofuleux.

29. — Guérison.

Obs. MCXCVIII. — *Adénite aiguë suppurée à l'aine gauche, survenue sans*

cause appréciable. Incision. Guérison. — Vérolle (Louis), trente-deux ans, porteur aux halles, entre le 11 août 1882, salle Sainte-Marthe, n° 51. Lymphatisme. Dans les premiers jours d'août, sans causes connues, en se levant il éprouva une vive douleur à l'aine gauche. Continue à travailler. Le surlendemain l'endroit douloureux était enflé. — Repos au lit. Cataplasmes.

11 *août.* — Signes classiques d'une adénite suppurée de l'aine. Pas de lésions causales appréciables.

12. — Incision. Cataplasmes arrosés d'huile phéniquée.

14. — Pansement au vin aromatique.

28. — Le malade sort absolument guéri.

Obs. MCXCIX. — *Adénite inflammatoire. Cataplasmes. Amélioration.* — Berg (Jean), vingt-six ans, apprêteur, entre le 21 mars 1881, salle Saint-Augustin, n° 11. Il y a huit jours, sans cause connue, il a vu apparaître dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'une noisette, dure, roulant sous le doigt, indolente au début, et qui n'a pas tardé à grossir et à devenir très douloureuse. Le cinquième jour, elle avait acquis le volume d'un œuf.

État actuel. — Aucune cicatrice de chancre. Pas de plaie, pas d'éraillure de la peau du côté du membre inférieur. Dans la région inguinale droite, tuméfaction avec empâtement des tissus périphériques; rougeur de la peau, douleur vive à la pression et pendant les mouvements : fluctuation. — Cataplasmes avec onguent mercuriel.

Le troisième jour, l'abcès s'ouvre. Drain. Cataplasmes.

28 *mars.* — Grande amélioration, le malade sort et continuera à se traiter chez lui.

Obs. MCC. — *Bubon suppuré. Incision. Pansement au vin aromatique. Guérison.* — Cayzac (Laurent), vingt-neuf ans, employé, entre le 26 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 16. Sujet épuisé par les excès. Jamais de maladies graves. Il y a trois mois, chancre actuellement guéri, et dont on voit la cicatrice sur le gland, au voisinage du frein. Deux mois après, il voyait se développer dans la région inguinale droite une tumeur indolente pendant les premiers jours et qui est devenue très douloureuse en même temps qu'elle grossissait; depuis douze jours, douleurs vives.

État actuel. — Signes classiques d'une adénite inguinale suppurée du volume d'un œuf.

17. Incision : issue de pus grumeleux. Pansement au vin aromatique.

La cicatrisation marche lentement; enfin, le 27 janvier, elle est à peu près complète, et, le 28 février, sortie.

Obs. MCCI. — *Bubon chancreux ulcéré de l'aine gauche. Guérison par l'iodoforme.* — Picaud (Auguste), vingt-six ans, maçon, entre le 29 septembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 5. Pas d'hérédité. Bonne

santé. Il y a trois mois, chancre situé près du frein. Au bout de huit jours, bubon chancreux de l'aine gauche. Applications de pommades diverses.

État actuel. — Chancre presque complètement cicatrisé. La région inguinale gauche est littéralement labourée par une vaste ulcération chancreuse occupant presque la totalité du pli inguinal et ayant débordé d'une façon sensible ce pli supérieurement et inférieurement, mais n'ayant envahi que la peau du reste. Suppuration sanieuse et fétide. Bon état général. — Pansement au vin aromatique.

Au bout de cinq à six jours, pansement à l'eau oxygénée : peu de résultats. Huit jours plus tard, pansement à l'iodoforme.

Au bout d'une dizaine de jours, l'étendue de l'ulcération s'est réduite de moitié. Finalement il se fait une vaste cicatrice lisse, mais irrégulière sur ses bords.

Obs. MCCII. — *Abcès froid de l'aine. Ponctions.* — Forest (Rosalie), quarante-neuf ans, entre le 21 décembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 38. Pas d'hérédité. A été toujours dans d'assez mauvaises conditions d'hygiène, cependant sa santé s'est maintenue bonne jusque il y a quelques années. En 1878, elle tomba par une trappe, d'une hauteur de 2 mètres environ et perdit connaissance pendant plusieurs heures : entorse ou contusion de la jambe gauche qui la retint au lit pendant une huitaine de jours. Il y a un an, douleurs assez vagues dans le mollet, puis à la partie antérieure de la cuisse et dans la fesse, et elle commence à boiter. Vers le mois de septembre 1881, apparaît à la partie externe du pli inguinal une grosseur dont le volume augmente progressivement; quelques douleurs de reins. En même temps le ventre grossissait. Elle entre dans notre service le 21 septembre : ponction de la tumeur inguinale ; il en sort 2,400 grammes de pus. Alors les douleurs lombaires cessent. Mais bientôt l'abcès se reproduit.

État actuel. — Il occupe toute la partie supérieure de la cuisse et ne paraît pas communiquer avec l'abdomen, au moins actuellement. Dans le ventre, on constate la présence d'une tumeur du volume d'un utérus à sept mois, occupant la partie gauche de l'abdomen et refoulant les intestins à droite : manifestement fluctuante, cette tumeur se déplace à peine avec la position que l'on fait prendre à la malade. Par le toucher vaginal, on constate que la muqueuse vaginale est chaude, molle ; le col de l'utérus n'est pas ramolli, mais effacé, et on croirait être en présence d'une grossesse. Le doigt introduit dans le vagin perçoit nettement la fluctuation. Quand, avec l'autre main, on presse sur l'abdomen, le col est mobile et on ne peut constater ni le volume ni la position du corps de l'utérus.

10 *janvier.* — L'abcès inguinal continuant à grossir et gênant la malade, on pratique une seconde ponction : issue de 900 grammes de pus séreux, peu épais. Compression ouatée.

16. — L'abcès s'est reproduit en partie. La malade quitte le service.

Obs. MCCIII. — *Kyste séro-purulent siégeant au niveau de l'arcade crurale. Drainage.* — Gourdin (Albert), dix-sept ans, épicier, entre le 17 décembre 1881, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Lymphatisme. Gourme dans l'enfance. Il y a six semaines, sans causes connues, il éprouva au niveau de l'arcade crurale droite des douleurs sourdes, continues, lancinantes, et en portant la main dans la région il sentit une tumeur dure, mobile sous la peau. A partir de ce moment les douleurs sont devenues plus vives, à la suite de la fatigue. Depuis dix jours elles se sont encore accrues, en même temps que la tumeur augmentait rapidement de volume et se ramollissait.

État actuel. — La région inguino-crurale droite est déformée par une tumeur siégeant au devant du ligament de Fallope à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'anneau inguinal; son volume est celui d'une mandarine, sa forme est hémisphérique. La surface est unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre, légèrement tendue, offre une teinte congestive. Au toucher elle a conservé sa mobilité, mais le tissu cellulaire est le siège d'une tumeur d'œdème inflammatoire; fluctuation. Pas de battements. Rien du côté de l'anus, des organes génitaux et des membres inférieurs. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Fonctions gastro-intestinales normales. État général satisfaisant.

17. — *Chloroforme.* — Ponction exploratrice qui donne issue à un liquide séro-purulent : incision dirigée parallèlement à l'arcade crurale : grattage de la poche. Drainage. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

30 *décembre.* — Le malade va très bien, la suppuration est diminuée, il ne reste presque à cicatriser que le trajet du tube. Sortie.

Obs. MCCIV. — *Kyste à contenu huileux placé au-dessous du triangle de Scarpa. Ponction et évacuation du liquide. Guérison.* — Roger (Antoine), cinquante-huit ans, raffineur, entre le 11 août 1881, salle Sainte-Marthe, n° 11. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Syphilis à trente ans. Le malade est entré dans notre service pendant notre absence pour une ulcération du gland, superficielle, à caractères mal définis, ayant quelque ressemblance avec l'épithélioma. Elle fut traitée et guérie par le chlorate de potasse. En même temps que l'ulcération, apparut dans la région inguino-crurale droite une tumeur qui fit des progrès rapides et dont le début coïncida avec le développement d'une névralgie sciatique du même côté. Cette névralgie, étendue à tout le domaine d'innervation du nerf, provoqua une claudication qui persiste encore. Elle fut traitée sans succès par la teinture d'iode, les injections de morphine et les vésicatoires.

7 *novembre* 1881. — Au moment où nous examinons le malade,

nous trouvons à la place de l'ulcération du gland une pellicule cicatricielle à peine apparente. La région du triangle de Scarpa du côté droit est déformée par une tumeur du volume du poing, de forme irrégulière, ayant les mêmes limites que le triangle. La peau qui la recouvre est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes; elle ne présente ni œdème inflammatoire, ni vascularisation anormale, ni adhérences. Au toucher, la tumeur paraît située au-dessous de l'aponévrose superficielle ; sa consistance est très irrégulière ; il existe des points liquides et franchement fluctuants, des masses mollasses et des noyaux indurés, solides. Elle est irréductible et incompressible, pas de battements, ni de bruits anormaux. Matité complète à la percussion. Sa face profonde et ses bords sont adhérents aux tissus sous-jacents. Rien dans les ganglions inguino-cruraux superficiels. Rien du côté des os et de l'articulation coxo-fémorale. Etat général satisfaisant.

12. — Pas d'anesthésie. Nous traçons au crayon dermographique le trajet des vaisseaux cruraux. A l'aide du trocart nous faisons une ponction exploratrice : issue de 250 grammes d'un liquide huileux, jaunâtre, transparent, limpide ; occlusion de la petite plaie.

L'*examen histologique* démontre que le liquide provient d'un ganglion.

Pas de réaction locale ou générale. Le liquide se reproduit les jours suivants.

19. — Pas de chloroforme. Passage d'un drain ; le liquide s'est transformé, c'est du sang presque pur. Compression méthodique.

13 *décembre*. — Signes d'arthrite sèche coxo-fémorale. Hémorrhagies par le tube. — Compression.

29. — Pas de nouvelles hémorrhagies; suppuration modérée; la sciatique persiste.

20 *janvier* 1882. — Se lève; la tumeur a disparu ; suppuration presque tarie ; souffre toujours de son arthrite coxo-fémorale et de sa sciatique.

31. — Le kyste est complètement guéri; mais les douleurs, bien qu'atténuées, persistent. Exeat.

3° *Cuisse.*

Signalons en passant trois observations :

1° L'observation MCCXIX (*Fibrome sous-cutané douloureux*), qui est des plus intéressantes au point de vue du diagnostic. Le siège de la tumeur, sa forme, son volume, pouvaient faire penser à un corps étranger de l'articulation, et l'erreur a été commise par plusieurs des médecins qui l'ont

examinée. Mais en discutant scrupuleusement les symptômes, on s'écartait rapidement de cette idée. Les arthrolithes sont, en effet, tantôt intra et tantôt extra-articulaires. Les corps étrangers intra-articulaires, flottants ou pédiculés, offrent des symptômes fort différents de ceux que présentait la tumeur en question. Leur caractère le plus marquant est leur extrême mobilité, ils n'ont pas de siège fixe, se déplacent avec la plus grande facilité, à tel point que souvent le malade peut seul éclairer le chirurgien sur le siège de ces productions. D'autre part, les arthrolithes intra-articulaires peuvent rester indolentes pendant de longues périodes et déterminer tout à coup, à l'occasion d'un mouvement, une douleur violente et passagère. Enfin elles s'accompagnent fréquemment d'épanchement synovial. C'était plutôt avec les corps étrangers situés en dehors de l'articulation que la tumeur qui nous occupe aurait pu être confondue. Encore ceux-ci sont-ils doués d'une certaine mobilité en raison de la laxité des adhérences qu'ils contractent avec le tissu cellulaire sous-synovial et ne produisent aucun trouble fonctionnel, tel que gêne ou douleur.

Les productions péri-articulaires de l'arthrite sèche ne présentent que des analogies fort éloignées avec l'affection de notre malade. Celui-ci a des antécédents rhumatismaux, et offre, avec une déformation spéciale des articulations, des dépôts multiples et des craquements. Dans notre cas, la tumeur manifestement située en dehors de l'articulation était unique, occupait une situation où il était toujours possible de la retrouver mobile sous la peau ; elle adhérait à l'aponévrose du triceps et était entraînée avec elle dans les mouvements de ce muscle. Elle ne provoquait pas de douleurs à l'occasion d'un mouvement, comme les arthrolithes intra-articulaires, et n'était pas indolente comme les corps étrangers extra-articulaires. Elle se caractérisait par des douleurs intolérables à la pression, et ces douleurs s'irradiaient dans toute la partie inférieure du membre. L'articulation était indemne. En un mot, nous nous trouvions en présence du tableau symptomatique tracé par Dupuytren à l'occasion du

fibrome sous-cutané douloureux ou du névrome. C'est sur ces considérations que nous avons basé notre diagnostic : il s'est trouvé confirmé par l'opération. Quant au traitement, une seule voie rationnelle nous était ouverte : l'ablation. Nous devions nous entourer de toutes les précautions désirables pour ne pas ouvrir la synoviale et pour ne pas déterminer par des délabrements inutiles un foyer inflammatoire étendu au voisinage de l'article : c'est ce que nous avons fait, en ne pratiquant qu'une incision suffisante pour le passage de la tumeur.

2° Dans l'observation MCCXX, il s'agit d'un sarcome embryoplastique développé dans l'épaisseur du muscle droit antérieur de la cuisse aux dépens du tendon de ce muscle. Le début remontait à dix-huit mois et la tumeur présentait des caractères assez tranchés pour que le diagnostic n'offrît pas de grandes difficultés. L'intégrité des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, la présence d'une couche musculaire étalée sous forme de lame et se contractant à la surface d'une part, le défaut d'adhérence de la tumeur au fémur d'autre part nous démontraient que nous avions affaire à une tumeur intra-musculaire. Or, les tumeurs qui se développent le plus fréquemment dans l'épaisseur des muscles, en dehors des productions d'origine inflammatoire auxquelles nous n'avions pas à songer, sont sans contredit les sarcomes et les kystes hydatiques, mais tandis que ces derniers ont une consistance le plus souvent liquide et fluctuante, qu'ils sont bien limités et qu'on y perçoit dans certains cas un frémissement spécial, la tumeur que nous observions offrait une consistance charnue franchement sarcomateuse, et ses limites étaient diffuses. D'autre part nous trouvions dans l'évolution spéciale du tissu morbide (marche presque stationnaire pendant quinze mois, développement rapide en cinq mois) un signe confirmatif du diagnostic sarcome. Ces tumeurs sont fréquentes à la cuisse, mais le lieu d'élection n'est pas comme dans le cas actuel la face antérieure, mais bien la face interne du membre. On les rencontre souvent au niveau de l'anneau du grand abducteur, mais plus fréquem-

ment encore au tiers supérieur. Parfois on trouve à la racine du membre des sarcomes qui ont pris naissance dans le bassin et se font jour de ce côté. Quoi qu'il en soit, lorsque ces tumeurs sont volumineuses, elles nécessitent des opérations importantes, le plus ordinairement il faut faire l'amputation de la cuisse très haut ou même la désarticulation coxo-fémorale et cela dans de très mauvaises conditions. Dans le cas actuel, bien que la tumeur fût encore limitée, c'est à peine si nous pûmes conserver le membre. Nous dûmes sacrifier une grande partie des fibres charnues et du tendon du droit antérieur qui faisaient corps avec la tumeur. Nous nous sommes encore estimé heureux de pouvoir conserver à la face profonde une couche musculaire qui isolait la plaie du tissu cellulaire à larges mailles qui communique avec l'espèce de bourse séreuse située sous le tendon et sous une partie du corps du muscle. L'ablation fut faite par notre procédé de morcellement.

3° L'observation MCCXXI (*Sarcome des adducteurs de la cuisse*) donne lieu aux mêmes considérations au point de vue du diagnostic et du traitement. De plus, elle est intéressante à cause des deux hémorrhagies, qui, au huitième jour, ont amené la mort.

Obs. MCCV. — *Abcès froid de la partie supérieure de la région postérieure de la cuisse droite. Guérison.* — Doret (Eugène), dix-sept ans, imprimeur, entre le 30 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 8. Antécédents héréditaires nuls. Manifestations scrofuleuses dans le bas âge. Il y a deux ans, le malade, en montant sur un trottoir, glissa et tomba sur la cuisse droite. Peu de douleur à ce moment; continue son travail d'imprimeur, métier qui le force à se tenir debout. Deux mois après cette chute, nouvelle douleur de cuisse, et il se développa bientôt une petite tumeur à la partie supérieure et postérieure de la cuisse. Ouverture de l'abcès au bistouri, et depuis cette époque, il persiste une fistulette qui donne écoulement à du pus, surtout après de longues fatigues.

État actuel. — A la partie supérieure de la région postérieure de la cuisse droite, fistulette par laquelle pénètre une sonde cannelée dans une profondeur de 10 à 12 centimètres, vers l'extrémité inférieure du fémur. On ne sent pas l'os à nu. État général bon. Rien

aux poumons. Urines normales. — Injection d'acide phénique au vingtième dans le trajet, et pansement phéniqué. — Tous les trois à quatre jours, injections de teinture d'iode. Ce traitement est continué jusqu'au 23 décembre. Guérison.

Obs. MCCVI. — *Phlegmon de la cuisse gauche. Incisions. Guérison.* — Porson (Pierre), soixante ans, cordonnier, entre le 12 juin 1881, salle Sainte-Marthe, n° 4. C'est un homme vigoureux, quoique alcoolique ; pas de maladies antérieures à part une blennorrhagie à l'âge de vingt-sept ans et un chancre presque à la même époque. Hémorrhoïdes fluentes. Il y a douze jours, sans qu'il puisse en donner une cause, il a vu à la partie moyenne et externe de la cuisse un gonflement assez notable. Tout d'abord il n'éprouvait aucune douleur, mais quatre jours après il commençait à ressentir des élancements : difficulté pour marcher, claudication.

État actuel. — A la partie moyenne de la cuisse, sur la face externe et empiétant sur la face postérieure, tuméfaction considérable, remontant jusqu'à 2 centimètres et demi du grand trochanter. La peau semble comme soulevée ; elle est rouge, chaude, tendue, fluctuante. Cette tuméfaction est profonde et est située très probablement audessous du muscle tenseur du fascia lata. Léger état fébrile. — Cataplasmes.

15 *juin.* — Incision. Écoulement de pus. Cataplasmes.

23. — L'incision n'a pas été assez profonde ; seconde incision, il s'écoule encore une grande quantité de pus mélangé de sang. Drain. Lavages et pansement phéniqués.

12 *juillet.* — On retire le tube ; et le 28, guérison.

Obs. MCCVII. — *Abcès aigu sous-cutané à la partie postérieure et moyenne de la cuisse gauche, survenu sans cause appréciable chez une jeune fille scrofuleuse.* — Doche (Eugénie), dix-huit ans, plumassière, entre le 21 octobre 1882, salle Sainte-Marthe, n° 46. Lymphatisme. A l'âge de quatre ans la malade a eu une affection de la cuisse gauche qui se termina par l'issue de quelques os. Après être restée au lit assez longtemps, elle put se lever, mais boita jusqu'à l'âge de douze ans. Il y a trois ans, fluxion de poitrine. Il y a une quinzaine de jours, une grosseur survient à la partie postérieure de la cuisse, grosseur qui augmente rapidement ; au bout d'une huitaine de jours, douleurs. — Cataplasmes.

État actuel. — A la face postérieure de la cuisse, au niveau de l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, tumeur rouge, molle, bourgeonnante, à la partie inférieure de laquelle existe un orifice qui donne issue à un liquide citrin lorsqu'on presse les parties voisines. État général excellent. Menstruation régulière.

24 *octobre.* — Sphacèle d'une partie de la tumeur.

27. — Chute de l'eschare. Pansement au vin aromatique.

2 *novembre.* — Des bourgeons charnus de bonne nature recouvrent la perte de substance. On continue le pansement au vin aromatique.

4. — Cautérisation au nitrate d'argent.

6. — Il reste une plaie qui est en partie cicatrisée. Cautérisation au nitrate d'argent; et le 12, guérison. Exeat.

Obs. MCCVIII. — *Vaste abcès froid de la cuisse. Drainage.* — Mougues (Jean), trente-huit ans, repasseur, entre le 13 mars 1882, salle Saint-Augustin, n° 78. Pas d'hérédité. Sujet rhumatisant. Il y a quatre mois, sans causes connues, une tumeur indolente se développa à la face antérieure de la cuisse droite. Depuis deux mois, progrès rapides, gêne de la marche et des mouvements du membre.

État actuel. — La face antérieure de la cuisse est déformée par une tumeur étendue verticalement du sommet du triangle de Scarpa à trois travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du genou, et, transversalement, de la cloison intermusculaire interne à la cloison externe correspondante. Surface convexe, sans bosselures. Peau indemne, fluctuation. La tumeur est au-dessous du triceps crural qu'elle soulève en masse et qui se contracte à sa surface. Ni battements artériels ni bruits anormaux. Indolence complète. Articulations sus et sous-jacentes indemnes. Rien dans les ganglions inguino-cruraux, mais d'énormes varices de la jambe.

18 *mars.* — Chloroforme. Ponction exploratrice sur le trajet de la cloison intermusculaire externe. Issue d'un pus séreux. Drainage.

Les jours suivants : injection de teinture d'iode.

Le malade sort le 13 avril, il s'écoule encore une assez notable quantité de pus à travers l'orifice postérieur.

Obs. MCCIX. — *Vastes abcès multiples. Mort. Autopsie.* — Paris (Jean), cinquante ans, courrier des Postes, entre le 13 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 74. Surmenage, est apporté à l'hôpital le 13 juin, avec un vaste phlegmon de la cuisse; prostration; T. 39°; diarrhée très fétide, etc.

État actuel. — Toute la loge antérieure de la cuisse est occupée par du pus. — Deux ponctions, l'une supérieure, l'autre à la partie la plus déclive, et nous retirons ainsi plus d'un litre de pus un peu séreux, mais néanmoins de bonne nature. Drainage. Lavages et pansement antiseptiques. Légère compression.

25 *juin.* — Après dix jours d'une amélioration considérable, au moment où le premier drain allait être remplacé par un tube beaucoup plus petit, nouveaux frissons ; en vingt-quatre heures, tuméfaction énorme de la région parotidienne gauche : après quarante-huit heures, le pus est collecté. — Ponction donnant issue à un verre de pus louable et de bonne nature. Drainage. Lavages antiseptiques. Compression.

1er *juillet.* — État général mauvais. Passage à l'isolement.

5. — La jambe droite s'œdématie, de même que la jambe gauche et la cuisse gauche : frissons, délire. Légère compression élastique des deux membres ; ne peut être supportée.

11. — Le pus commence à former une nouvelle collection dans la loge antérieure de la cuisse gauche.

12. — Incision. Subdélire, coma. — Mort à quatre heures du matin, le 13.

Autopsie. — *Foie. Cœur. Rate. Reins.* Dégénérescence graisseuse des plus évidentes. Nous trouvons dans le rein gauche un petit abcès miliaire et trois dans le foie. Le cœur ne présente pas de lésions organiques de l'endocarde. — *Cerveau.* Pâle et décoloré. — Inflammation de l'*estomac* et du *gros intestin* (quelques ulcérations dans le *cæcum*). — Pus collecté dans le tissu cellulaire de la cuisse gauche. Dans le tissu cellulaire des deux jambes, épanchement séro-purulent interstitiel. Rien par ailleurs.

Obs. MCCX. — *Gomme strumeuse de la cuisse. Guérison par l'iodoforme.* — Steinmetz, trente ans, fondeur, entre le 9 octobre 1882, salle Saint-Augustin, n° 73. Scrofule dans l'enfance : conjonctivite actuelle. Pas de syphilis. A l'âge de quinze ans, douleurs rhumatismales des différentes jointures : peu après, fièvre typhoïde sérieuse. Pendant la convalescence abcès ostéopathique de la cheville du pied droit ; issue de petits séquestres, puis à la cuisse gauche : abcès assez considérable qui donne issue à un séquestre de la grosseur d'une noix ; ensuite à l'avant-bras ; plus tard à l'épaule droite, à la joue droite et à la jambe gauche ; enfin aux deux hanches et au genou droit. Il entre pour une affection de la cuisse gauche, un peu au-dessus d'une des cicatrices anciennes.

État actuel. — Abcès ouvert, dont l'aspect rappelle absolument celui d'une gomme syphilitique. — Pansement au vin aromatique.

17 *octobre.* — Pansement à l'iodoforme. Au bout de quatre à cinq jours la circulation est presque complète. Exeat.

Obs. MCCXI. — *Paralysie infantile. Atrophie du triceps crural. Rétraction du fléchisseur. Ténotomie. Redressement brusque puis continu. Guérison.* — Thomain (Paul), dix-sept ans, entre le 16 mai 1881, salle Sainte-Marthe, n° 20. Convulsions à dix-huit mois, au moment où il commençait à marcher ; il reste alors jusqu'à trois ans sans pouvoir faire un pas, puis la marche se rétablit peu à peu, mais anormale, il boitait et ne pouvait étendre convenablement la jambe gauche ; à treize ans, au moment où il grandissait assez rapidement, l'impotence du membre gauche s'est accentuée davantage et l'a obligé à se servir d'une canne pour la marche. Depuis, les symptômes et l'embarras de la marche n'ont fait qu'augmenter. Rien par ailleurs.

A l'entrée. — A droite une légère contracture des extenseurs des

orteils ne gênant en rien la marche. Le membre semble d'ailleurs fort normal ; à gauche, le membre entier est émacié, à la cuisse le triceps est presque entièrement disparu, laissant le fémur comme à nu sous les téguments. Les muscles postérieurs n'ayant plus d'antagonistes sont rétractés et ne permettent plus l'extension complète de la jambe ; si on cherche à la produire les tendons apparaissent formant des cordes dures dans le creux du jarret. Le mollet est émacié. Le pied est en équinisme. Le malade sur le lit peut allonger et fléchir sa jambe au moyen de mouvements de reptation du pied. Les différences de circonférence d'un côté à l'autre atteignent 8 centimètres pour la cuisse et 6 pour le mollet. La longueur des deux membres est la même. — Toniques. Bains sulfureux tous les deux jours. Deux séances par jour d'électrisation faradique de dix minutes chacune.

15 *juin.* — Pas d'amélioration. Le malade sort sur sa demande.

Rentre le 8 *août.*

10 *août.* — Chloroforme. La jambe est étendue autant que possible sur la cuisse : tenotomie du droit interne et du demi-membraneux. Le genou se redresse presque entièrement. On ne tente pas le redressement complet de crainte d'une subluxation du tibia en arrière. Gouttière plâtrée renforcée d'une gouttière en fil de fer qu'on ôte le lendemain. On laisse la gouttière jusqu'au 20 *septembre;* alors : appareil à extension continue obtenue au moyen d'une vis double située sous le jarret. Le redressement complet est obtenu en une séance mais ne peut être supporté longtemps. De plus, la rotule est immobilisée par l'effort musculaire comme si le triceps possédait quelques fibres. — Marche beaucoup mieux. Exeat le 15 octobre.

Obs. MCCXII. — *Hématomes sous-aponévrotiques de la cuisse gauche. Ablation de la poche. Guérison.* — Lourdeau (Michel), trente-trois ans, cocher, entre le 3 juin 1881, salle Saint-Augustin, n° 15. Ce malade vient nous consulter pour une tumeur, survenue sans causes connues, qu'il portait sans en souffrir, dit-il, depuis deux ans, mais qui s'enflamme actuellement et commence à devenir douloureuse.

Etat actuel. — Elle occupe la partie moyenne et externe de la cuisse gauche, présente une consistance mollasse, sans fluctuation cependant, paraît occuper la région sous-aponévrotique et est depuis deux jours très douloureuse au toucher. La peau n'est pas vascularisée à son niveau ; elle glisse même très facilement sur la tumeur, avec laquelle elle ne présente aucune adhérence. La tumeur n'est pas développée sur le trajet d'une veine et ne présente aucune connexion avec les vaisseaux.

4 *juin.* — Incision. La tumeur est constituée par des caillots de sang volumineux contenus dans une sorte de poche présentant les dimensions d'un gros œuf d'oie. Aucun vaisseau ne vient s'ouvrir dans cette poche et sa surface demeure relativement exsangue. Les

parois de la poche sont disséquées et isolées des parties voisines. Elles adhèrent surtout à la face interne de l'aponévrose fémorale, en dedans de laquelle la tumeur s'est développée. Sutures métalliques. Lavages et pansement phéniqués.

Le malade, qui ne présente d'ailleurs aucune réaction inflammatoire, quitte l'hôpital 8 jours après.

Obs. MCCXIII. — *Kyste sébacé à contenu mélicérique développé à la face interne de la cuisse. Ablation par le bistouri.* — Sirou (Mélanie), vingt et un ans, lingère, entre le 24 mars 1882, salle Sainte-Marthe, n° 43. Pas d'hérédité. Antécédents strumeux. Il y a trois ans, elle remarqua à la face interne de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un gros pois, développée dans l'épaisseur de la peau, dure et indolente. Cette production se développa lentement et progressivement. Dans les derniers temps, elle est devenue le siège de douleurs.

État actuel. — La partie moyenne de la face interne de la cuisse gauche est déformée par une tumeur du volume d'une pomme d'api, régulièrement arrondie, globuleuse, à surface lisse, mince, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre est bleuâtre, violacée et tellement amincie, qu'elle donne à la tumeur un aspect transparent. Il n'existe à sa surface aucun point noirâtre rappelant l'orifice oblitéré d'une glande sébacée. Dilatations capillaires. Au toucher la tumeur, développée dans l'épaisseur de la peau, ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-cutané, elle est mobile à la surface de l'aponévrose. Sa consistance est molle, pâteuse et rappelle celle du kyste sébacé à contenu mélicérique.

25 *mars*. — Pas d'anesthésie. A l'aide du bistouri nous faisons au-dessus et au-dessous de la tumeur deux petites incisions verticales de 3 centimètres de longueur et nous réunissons ces deux lignes par des incisions latérales semi-circulaires, de façon à circonscrire complètement la tumeur. Nous disséquons avec soin les parois et enlevons le kyste sans l'ouvrir. Suture. Pansement phéniqué.

Il s'agit d'un kyste sébacé à contenu mélicérique.

La suture ne prend que dans la partie supérieure de la plaie ; mais les parties profondes se sont rapprochées et la plaie est devenue superficielle ; apyrexie.

10 *avril*. — La plaie est tout à fait superficielle et est cicatrisée dans les trois quarts de son étendue. Exeat.

Quelques jours après : cicatrisation complète.

Obs. MCCXIV. — *Phlegmon hématique sous-cutané de la cuisse droite. Incision. Guérison.* — Mailhe (Henri), vingt-deux ans, entre le 21 juillet, salle Saint-Augustin, n° 79. Il porte à la partie interne de la cuisse droite un phlegmon circonscrit peu volumineux et développé sous l'influence probable d'une chute récente. La tumeur, du volume

d'un œuf, est rouge, douloureuse, chaude, fluctuante. Elle paraît développée aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané. — Incision verticale de 3 centimètres. Il s'écoule quelques grammes de pus et beaucoup de sang. Drainage de l'abcès. Pansement antiseptique.

Le lendemain le drain est retiré; la tuméfaction a disparu; et le 24 juillet, guérison.

Obs. MCCXV. — *Kyste sus-rotulien de la cuisse gauche chez un enfant de treize mois. Ablation par le bistouri.* — Renoux (Louis), treize mois, 29 avril 1882 (externe). Cet enfant est bien constitué, mais il portait dès la naissance au-dessus de la rotule gauche une tumeur molle, indolente, du volume d'une noix, qui s'est développée lentement et progressivement sans déterminer de réaction locale ou générale.

État actuel. — Tumeur elliptique à axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans, du volume d'un œuf de poule, à surface lisse, unie, convexe : la peau légèrement tendue offre une teinte grisâtre, comme transparente. Pas d'œdème, pas de vascularisation anormale ou de nouvelle formation. Au toucher la tumeur est fluctuante au centre, mollasse et compressible à la périphérie. Si l'on veut préciser ses rapports, on reconnaît qu'elle est indépendante de la peau, de la rotule et du triceps crural, mais qu'elle paraît développée au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, qui serait hypertrophié et formerait d'épaisses parois à un kyste central. Les limites sont en effet diffuses, les bords de la tumeur se confondent insensiblement avec le tissu cellulaire périphérique. Indolence à la pression. Mouvements du genou indemnes. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. État général très satisfaisant.

29 *avril.* — Chloroforme. Incision verticale longue de 6 centimètres intéressant la peau. La tumeur est en effet constituée par une sorte d'hypertrophie du tissu cellulaire, au centre existe une poche kystique à parois aréolaires, contenant environ 80 grammes d'un liquide séro-sanguin. Nous enlevons largement tout le tissu morbide, par voie de dissection, à l'aide d'un petit drain transversal. Suture.

A la coupe, la tumeur offre l'aspect du fibro-lipôme ; les parois du kyste, bleuâtres et bien organisées, sont cloisonnées, comme les ventricules du cœur, par des tractus fibreux qui représentent sensiblement les dispositions des muscles papillaires. Nous pensons avoir affaire à un kyste lymphatique.

L'enfant est reporté chez lui.

Obs. MCCXVI. — *Lipôme de la face interne de la cuisse droite. Ablation par le bistouri.* — Willot (Pierre), soixante-trois ans, journalier, entre le 11 mai 1882, n° 73, salle Saint-Augustin. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a dix-huit ans, sans causes connues, il remarqua, à la

partie moyenne de la face interne de la cuisse droite, une tumeur sous-cutanée du volume d'une noisette, molle, mobile sous la peau, indolente. Cette production s'est développée lentement et progressivement sans déterminer de troubles fonctionnels. Dans les derniers temps elle est devenue gênante par son volume et par son poids.

État actuel. — La face interne de la cuisse droite est déformée par une tumeur occupant tout son tiers moyen, du volume d'une tête de fœtus à terme, ovoïde, à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure, à surface lisse, sans bosselures apparentes. Peau tendue et amincie, mais non altérée, mobile à la surface de la tumeur. Au toucher celle-ci est bien limitée et mobile sur la couche aponévrotique : l'os et les muscles sont indépendants. Sa consistance, mollasse, est celle du lipôme. Indolence. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Rien dans les viscères thoraciques et abdominaux. État général très satisfaisant.

20 *mai.* — Chloroforme, A l'aide d'un couteau à amputation nous traversons la base de la tumeur par transfixion dans le sens vertical et nous la coupons en deux moitiés en allant de la profondeur à la peau, puis nous attaquons chaque moitié par le procédé de morcellement. — Pansement phéniqué.

Fièvre pendant trois jours. Suppuration modérée.

5 *juin.* — Érysipèle. Passe au chalet.

12. — L'érysipèle s'éteint après s'être étendu à tout le membre inférieur. La plaie est presque guérie. — 29. Guérison. Sortie.

Obs. MCCXVII. — *Lipome douloureux de la cuisse gauche. Ablation. Guérison.* — Bonnomée (Adolphine), vingt-trois ans, concierge, entre le 20 octobre 1882, n° 48, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents pathologiques. Bonne santé habituelle. Tendance à l'obésité. Il y a neuf mois elle fit une chute, dans laquelle la partie supérieure et externe de la cuisse gauche porta sur le bord d'un seau ; il en résulta une forte contusion, avec ecchymose, tuméfaction, douleur et claudication. L'ecchymose se résorba au bout de trois semaines, mais les douleurs persistèrent et la tuméfaction, au lieu de diminuer, augmenta. Depuis un mois surtout elle fait des progrès rapides.

État actuel. — Le tiers supérieur de la région postéro-externe de la cuisse gauche est déformé par une tumeur volumineuse, irrégulièrement arrondie, mesurant 30 centimètres de diamètre vertical et 23 centimètres de diamètre transversal. Sa surface est lisse, sans bosselures apparentes. La peau offre une teinte brunâtre, mais sans altérations ni adhérences à la tumeur. Celle-ci offre une consistance mollasse. Les limites sont diffuses et se confondent insensiblement avec le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Elle est mobile à la surface de l'aponévrose.

Rien d'anormal du côté des muscles ou des os. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. État général très satisfaisant.

11 *novembre*. — Chloroforme. A l'aide d'un gros trocart, ponction qui ne donne issue à aucun liquide; incision exploratrice: il s'agit d'un lipome diffus. Nous prolongeons l'incision de façon à lui donner une étendue de 22 centimètres; elle est un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Nous enlevons le lipome par notre procédé de morcellement. Drain. Suture. Pansement à l'eau oxygénée et compression ouatée.

A la coupe le lipome présente des loges kystiques dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une orange et qui ne contiennent actuellement aucune trace de liquide.

21. — La température a oscillé entre 37° et 38°. Vomissements continus depuis l'opération; plaie douloureuse.

25. — Érysipèle. Passage à l'isolement. La plaie était presque guérie.

11 *décembre*. — L'érysipèle est guéri. Cicatrisation très avancée de la plaie.

20. — Guérison. Sortie.

Obs. MCCXVIII. — *Lipome de la région postérieure de la cuisse. Ablation. Guérison.* — Lelong (Pierre), quarante-deux ans, ciseleur, entre le 14 septembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 27. Il y a trois ans, il a remarqué à la partie moyenne et postérieure de la cuisse gauche une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur, au début, était très dure, dit le malade, située immédiatement sous la peau et sans adhérence avec les parties sous-jacentes. Elle n'occasionnait de douleur que quand le malade s'asseyait trop brusquement. Pendant plus de deux ans, la tumeur est restée à peu près stationnaire, mais depuis sept mois, sans cause connue, son évolution a été rapide. De temps à autre quelques élancements pénibles, mais pas de véritables douleurs. Depuis deux mois très souvent des fourmillements dans la jambe et le pied.

État actuel. — A la partie moyenne et postérieure de la cuisse, tumeur du volume d'une tête de fœtus de sept mois. Pas de rougeur, pas de changement de coloration de la peau à sa surface.

Au toucher la tumeur est rénitente, mais non fluctuante, régulière, libre par sa base, sans adhérence avec la peau. Il y a tout lieu de supposer qu'elle est sus-aponévrotique et qu'elle n'adhère pas même en quelques points avec le muscle biceps. Pas de douleur à la pression. État général très bon.

20 *septembre*. — Incision au bistouri : énucléation facile de la tumeur avec les doigts. Suture. Drain. Pansement phéniqué.

La tumeur était bien de nature lipomateuse et était sus-aponévrotique.

23 *octobre*. — Guérison complète. Sortie.

Obs. MCCXIX. — *Tumeur développée à la face externe de l'aponévrose du triceps, au niveau du cul-de-sac supérieur du genou, et simulant un corps étranger péri-articulaire. Ablation.* — Maria Prignard, vingt-deux ans, lingère, entre le 14 mai 1881, n° 55, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. N'a jamais eu de rhumatisme. Il y a un an, chute sur le genou droit. Douleurs très vives au moment de l'accident. Pas d'autres troubles immédiats. Il y a six mois elle sentit accidentellement au côté externe du tendon du triceps une tumeur du volume d'un pois, dure et extrêmement douloureuse à la pression. Cette tumeur est restée stationnaire, mais les douleurs s'accroissant de jour en jour et s'irradiant à toute la jambe, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Pas de déformation apparente à la vue. Au toucher on sent au côté externe du tendon du triceps, en un point qui répond à la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou, une tumeur du volume d'un gros pois, arrondie, dure, solide, de consistance fibreuse, mobile sous la peau, adhérente à la couche musculo-aponévrotique. Cette production morbide est plus appréciable lorsque la malade contracte son triceps. Elle paraît alors profondément située. La pression est tellement douloureuse qu'elle fait crier la malade, et les douleurs s'irradient alors dans toute l'étendue de la jambe et du pied. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. L'articulation du genou ne présente ni inflammation, ni épanchement, ni déformation rhumatismale ou goutteuse. Les mouvements sont intacts. État général très satisfaisant.

14 *mai.* — Chloroforme. Lorsque les muscles sont dans la résolution, la tumeur paraît superficielle. Incision longue de 2 centimètres : la tumeur s'implante bien, comme nous le pensions, sur l'aponévrose du triceps. Nous l'enlevons largement sans faire de délabrements et sans toucher à la synoviale. Écoulement de quelques gouttes de sang qui s'arrête spontanément. Suture. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

Sur une coupe, la tumeur est formée d'une trame fibreuse très dense, de coloration blanc jaunâtre ; le tissu n'est pas vasculaire.

Pas de réaction fébrile. On enlève la suture le quatrième jour ; réunion par première intention.

26. — Guérison. Sortie.

Obs. MCCXX. — *Sarcome embryo-plastique intermusculaire de la cuisse gauche. Ablation par le bistouri.* — Auger (Armandine), trente-trois ans, ménagère, entre le 17 avril 1882, n° 36, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Lymphatisme : gourme et adénite cervicale dans l'enfance. Il y a dix-huit mois elle éprouva des douleurs sourdes intermittentes, lan-

cinantes à la face antérieure de la cuisse gauche et remarqua vers la partie moyenne de cette région une tumeur profondément située, du volume d'une noisette. Elle fut traitée sans succès par des applications de pommade, des badigeonnages de teinture d'iode à l'extérieur et l'iodure de potassium à haute dose à l'intérieur. Depuis trois mois la production morbide a fait des progrès rapides.

État actuel. — La face antérieure de la cuisse gauche est déformée par une tumeur occupant principalement la partie moyenne, mais empiétant sur le tiers inférieur et distante de la rotule de six travers de doigt. Elle est ovoïde à grand axe vertical, à grosse extrémité inférieure, son diamètre vertical est de 18 centimètres, le transversal de 11; elle forme au-dessus des parties saines, dans sa portion la plus élevée, un relief de 6 centimètres. Peau distendue, mais sans altérations, mobile à la surface de la tumeur; celle-ci paraît située dans l'épaisseur du droit antérieur; la couche superficielle de ce muscle se contracte à sa surface et elle-même n'adhère pas au fémur. Sa consistance, ferme, est celle du sarcome. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Douleurs lancinantes peu accusées et faiblesse du membre. Viscères thoraciques et abdominaux sains. Malade amaigrie, pâle, anémique.

22 *avril.* — Chloroforme. Incision en fer à cheval, convexe en bas. Nous disséquons le lambeau circonscrit par cette incision et nous le faisons relever par des aides. Nous faisons alors une incision verticale qui divise le droit antérieur en deux moitiés, droite et gauche, que deux aides rétractent. En sectionnant la tumeur dans toute son épaisseur, nous reconnaissons qu'elle est logée dans un dédoublement du muscle droit antérieur. Une lame de ce muscle passe à sa face superficielle, l'autre à sa face profonde. Les fibres de ce muscle adhèrent en partie à la masse morbide. Nous enlevons successivement chaque moitié de celle-ci par voie de morcellement. Par son extrémité inférieure la tumeur adhère au tendon du droit antérieur, qui paraît lui avoir donné naissance et se continue en partie avec elle. Nous sommes donc obligé de sacrifier une portion de ce tendon; sutures superficielle et profonde. Drainage. Pansement phéniqué et ouaté compressif.

La région présentait une vascularisation extrême; quarante pinces hémostatiques ont été appliquées pendant l'opération. Trois seulement sont laissées en place pendant une heure.

A la coupe. — La tumeur offre l'aspect du sarcome embryoplastique; le tendon du droit antérieur, soudé avec elle, envoie dans son épaisseur une lame aponévrotique qui se subdivise pour former des cloisons, de sorte que la tumeur paraît composée de plusieurs lobes.

Diagnostic histologique. — Sarcome embryoplastique.

Pendant les quatre premiers jours la température oscille entre 38° et 39°, puis devient normale.

5 *mai.* — On enlève les fils ; réunion par première intention, sauf au niveau des tubes.

6 *juin.* — La malade se lève ; elle marche en traînant le membre ; cicatrisation complète.

1er *juillet.* — Guérison. Sortie.

Obs. MCCXXI. — *Sarcome embryo-plastique développé à la racine de la cuisse dans l'épaisseur des adducteurs. Ablation par voie de dissection.* — Schultz (Léonie), vingt-quatre ans, couturière, entre le 29 avril 1882, n° 44, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière. Il y a un an elle remarqua à la racine de la cuisse droite, au côté interne, une tumeur profondément située, dure, solide, indolente du volume d'une noix. Cette production, d'abord stationnaire, s'est développée rapidement depuis trois mois.

État actuel. — La face interne de la cuisse droite est déformée par une tumeur siégeant à la racine du membre, étendue verticalement du pli périnéo-crural à une ligne qui passerait par le sommet du triangle de Scarpa et occupant transversalement toute la largeur de la face interne de la cuisse. Elle forme un relief égal à celui d'une tête de fœtus à terme. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes : la peau est tendue et amincie ; veines sous-cutanées, dilatées. Au toucher, les limites de la tumeur sont beaucoup plus étendues qu'on le suppose à la vue. Elle siège au milieu des muscles adducteurs et envoie du côté des gros vaisseaux un prolongement volumineux qui les refoule considérablement en dehors ; d'autre part elle descend inférieurement jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Elle siège profondément au milieu de la masse des adducteurs, au-dessous du droit interne qui se contracte librement à sa surface ; elle est mobile à la surface du fémur. Sa consistance, solide, ferme, élastique, charnue, est manifestement celle du sarcome. En certains points il existe des zones plus dures et comme fibreuses. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Pas d'autres troubles fonctionnels qu'un peu de gêne et de faiblesse du membre. Viscères thoraciques et abdominaux sains. État général satisfaisant.

6 *mai.* — Chloroforme. Incision semi-elliptique concave en haut, circonscrivant les bords inférieur et latéraux de la tumeur : nous détachons le lambeau ainsi constitué afin de le relever. Une ponction exploratrice faite à l'aide d'un gros trocart nous conduit dans une portion ramollie de la masse morbide, mais ne donne issue à aucun liquide. Nous cherchons alors la veine saphène interne, qui est énorme, et nous la faisons écarter du champ de l'opération. Le droit interne étant à découvert, nous l'incisons verticalement et nous le faisons

de même rétracter. Quand la tumeur est bien visible et accessible, nous la coupons en deux moitiés, droite et gauche, et nous commençons à l'enlever par notre procédé de morcellement. Les prolongements qu'elle envoie à la partie antérieure et vers la partie moyenne de la cuisse sont très importants, de sorte que la dissection nous demande un temps fort long en raison des ménagements que nous devons prendre pour éviter de blesser les vaisseaux et nerfs importants et pour conserver toutes les parties saines des muscles envahis. Drainage. Suture. Pansement phéniqué.

A la coupe. — Il s'agit d'un sarcome embryoplastique fortement mélangé de tissu myxomateux.

La malade, dans le courant de la journée, est pâle et fatiguée; douleurs dans la jambe : deux injections sous-cutanées d'éther sont faites à une heure de distance.

7 *mai.* — Nous retirons les soixante pinces laissées en place. L'hémorrhagie a cessé et ne se reproduit pas. Pansement phéniqué.

Pendant les huit premiers jours qui suivent l'opération, la malade se maintient dans un état satisfaisant : la température ne dépasse pas 38° le soir; mais le huitième jour, hémorrhagie par la plaie, isssue de près d'un litre de sang. Compression avec de l'amadou : arrêt de l'hémorrhagie : pâleur livide. La journée se passe sans incidents. Dans la nuit elle est reprise d'une seconde hémorrhagie assez abondante, et à cinq heures du matin elle meurt.

Opposition à l'autopsie.

4° *Jambe.*

L'observation MCCXXVI (*Abcès tuberculeux au pourtour du tendon d'Achille*) est intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement. Les tumeurs de cette région sont extrêmement rares, aussi le diagnostic est-il entouré de difficultés, surtout lorsque, comme dans le cas actuel, les symptômes sont pour la plupart négatifs. Le seul caractère différentiel était la consistance molle et vaguement fluctuante de la production, encore ce symptôme n'était-il pas partout assez tranché pour que nous puissions déterminer s'il s'agissait d'une tumeur franchement liquide ou d'un kyste lié à quelque masse solide. Il existe bien une bourse séreuse entre le calcanéum et la partie inférieure du tendon, mais le siège de la tumeur ne permettait pas de songer à un développement anormal de cette cavité. Les bourses séreuses

accidentelles ne s'observent point d'ailleurs dans la région. Une rupture musculaire se rattache à une cause qui ne peut passer inaperçue, elle donne lieu à un épanchement sanguin qui se développe brusquement ou du moins atteint en quelques jours ses dimensions extrêmes; ici la tumeur s'est développée lentement et progressivement. Les abcès chauds s'accompagnent de phénomènes inflammatoires qui faisaient défaut dans notre cas. Les abcès ostéopathiques répondent à quelque altération osseuse que nous n'avions aucune raison de soupçonner. Ne pouvant rattacher cette tumeur à une cause extrinsèque ni à une lésion de voisinage, nous étions naturellement conduit à penser aux causes générales diathésiques. Au point de vue de la syphilis, nous ne pouvions avoir affaire qu'à un accident tertiaire. Mais à cette période on retrouve dans les antécédents du malade et dans les accidents concomitants des indications qui n'existaient pas chez notre malade. Nous étions donc ainsi conduit à nous arrêter à l'idée d'un abcès froid.

Ce désordre se rattache plus particulièrement à la scrofule ou à la tuberculose, et notre malade n'étant pas scrofuleux, l'idée d'un abcès tuberculeux restait seule acceptable, d'autant plus que nous trouvions quelques signes du côté des sommets du poumon. Le seul moyen de confirmer le diagnostic était l'incision à la fois exploratrice et curative : ce que nous fîmes. Quant au traitement, il offre ceci de particulier qu'en pareil cas, une simple ponction ou même une incision suivie de lavages et d'injections modificatrices, ne sont pas suffisants. Il est de toute nécessité de disséquer et d'enlever complètement les parois de la poche, si on ne veut pas s'exposer à voir la suppuration et les fistules s'éterniser.

L'observation MCCXXVIII se rapporte à un malade atteint d'un volumineux sarcome de la jambe qui nécessita l'amputation de la cuisse au-dessus du condyle. Elle complète une série de sarcomes des membres que nous avons eu occasion d'opérer dans l'intervalle de quelques mois. Nous avons en effet observé depuis le commencement de l'année 1882 : un sarcome de l'épaule développé aux dépens du périoste de

deux faces de l'omoplate (résection de cet os); un sarcome du bras (amputation); un sarcome développé aux dépens du périoste des os de l'avant-bras (amputation); un sarcome développé aux dépens du périoste des métacarpiens (résection de ces os); deux volumineux sarcomes de la cuisse que nous pûmes enlever largement sans intéresser les os, et en dernier lieu la tumeur qui fait le sujet de cette observation. Cette série démontre que le sarcome est une tumeur que l'on observe fréquemment depuis que son individualité a été reconnue et qu'il a été séparé du groupe de tumeurs désignées par les anciens auteurs sous le nom générique de cancers. Elle prouve en outre qu'on peut l'observer dans toutes les régions et qu'il se développe, tantôt aux dépens du périoste, tantôt et plus fréquemment aux dépens des cloisons aponévrotiques intermusculaires. On peut rencontrer les diverses variétés de sarcome, embryoplastique, fibroplastique et fibroïde à l'état de pureté, mais il résulte de nos observations que le plus souvent on a affaire à des sarcomes mixtes réunissant ces diverses variétés, que presque toutes ces tumeurs présentent des kystes, les uns tout à fait à leur début, du volume d'un grain de blé, d'une noisette, d'une noix, ou constituent une portion importante de la masse morbide. Parfois même on trouve, au milieu des éléments du sarcome, du tissu myxomateux et de la matière colloïde, comme cela avait lieu dans le cas actuel. Le diagnostic de ces sortes de tumeurs est parfois difficile, elles sont le plus souvent confondues avec les diverses variétés de kystes ou avec des tumeurs solides de bonne nature, fibrome ou lipome, suivant leur consistance. Un fait sur lequel nous attirons toujours l'attention et qui permet de trancher la question est le suivant : dans le sarcome pseudo-fluctuant il existe toujours des portions solides, et les limites ne sont jamais aussi précises que dans les kystes. Toutefois, malgré ces données et les autres éléments de diagnostic, il faut souvent recourir à l'incision exploratrice pour éclairer pleinement le diagnostic. Les sarcomes nécessitant toujours des opérations graves, surtout lorsqu'ils ont acquis un certain volume, on est obligé

de sacrifier des portions de muscles, des muscles presque entiers, ou même toute une masse musculaire, des vaisseaux et des nerfs importants, souvent même, pour éviter la récidive, il faut se décider à une opération plus radicale et pratiquer l'amputation.

Obs. MCCXXII. — *Phlegmon angioleucitique suppuré de la jambe. Guérison.* — Douville (Édouard), trente-neuf ans, serrurier, entre le 30 mai 1881, n° 76 *bis*, salle Saint-Augustin. Il y a cinq jours, à la suite d'une écorchure légère du deuxième orteil, ce malade a eu des traînées de lymphangite qui n'ont duré que deux jours et se sont cantonnées à la partie supérieure de la face antéro-externe de la jambe.

État actuel. — Rougeur intense, d'une étendue de 12 centimètres de diamètre, de forme circulaire. Douleur, chaleur; fluctuation très circonscrite. Incision. Le stylet nous montre un pertuis par lequel il communique avec un autre foyer plus profond et situé en arrière de l'aponévrose. Drainage. Lavages phéniqués. Pansement antiseptique.

8 *juin.* — Guérison. Exeat.

Obs. MCCXXIII. — *Vaste abcès du mollet. Drainage. Guérison.* — Radet (Georges), seize ans et demi, journalier, entre le 17 mars 1881, n° 79, salle Saint-Augustin. Toujours bien portant; aspect malingre cependant. Pas de scrofule. Il y a quatre semaines : écorchure au bord externe du pied droit; consécutivement : douleur, rougeur à la partie postérieure et interne du mollet, irrégulière, par plaques; œdème de la partie inférieure de la jambe; fluctuation profonde du mollet. Ganglions inguinaux presque tous pris, engorgés ; jambe fléchie à angle obtus sur la cuisse. — Cataplasmes.

20 *mars.* — Ouverture à la partie inférieure et interne du mollet et à la partie supérieure et interne (le pus était entre les jumeaux et le soléaire). Drain. Lavages phéniqués. Cataplasmes.

30. — On enlève le drain, les mouvements de flexion et d'extension sont revenus ; mieux très sensible. Pansement phéniqué.

1er *avril.* — Pansement au diachylon ; et le 20, va à Vincennes.

Obs. MCCXXIV. — *Abcès et décollement sous-cutané de la face externe de la jambe droite. Injections d'alcool. Guérison.* — Fillette (Louis), cinquante-sept ans, peintre, entre le 19 juin 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Il y a près de quatre semaines, coup assez violent sur la crête du tibia droit, vers sa partie moyenne : immédiatement la jambe enfla considérablement. Repos au lit pendant deux jours. Au bout de ce temps, l'enflure avait notablement diminué, mais au niveau du point qui avait été frappé, persista une tuméfaction qui s'ouvrit au bout de quinze jours après avoir déterminé des élancements très douloureux. Il en sortit du pus mêlé à des caillots de

sang. La partie voisine de la jambe s'enflamma consécutivement : souffrances vives, fièvre, impotence du membre.

État actuel. — Sur la partie externe de la région moyenne de la jambe droite, existe une perte de substance cutanée, dont le bord interne est limité par la crête du tibia, et dont le bord externe est distant du premier de 4 centimètres. Cette perte de substance a en hauteur 3 centimètres. Son bord supérieur adhère aux parties profondes. Son bord inférieur est décollé, et le décollement s'étend sur une longueur de 11 centimètres ; la pression de la peau décollée fait sourdre par le bord inférieur de l'ulcération un flot de pus. — Injection d'alcool pur. Pansement à l'alcool. Compression ouatée.

27 *juin.* — Amélioration considérable. Cautérisation au nitrate d'argent. Compression ouatée.

17 *juillet.* — Guérison complète. Exeat.

Obs. MCCXXV. — *Abcès au niveau de l'incision du tendon d'Achille. Incision. Guérison.* — Dunker (Théodore), dix-sept ans, tapissier, entre le 19 mars 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. A reçu une pierre qui a coupé sa bottine et occasionné une plaie presque insignifiante au niveau de l'insertion inférieure du tendon d'Achille. Pas de pansement. Abcès consécutif.

État actuel. — La tumeur a le volume d'une noix, la peau à sa surface est rouge, chaude, amincie. Fluctuation très manifeste, douleur à la pression. Cataplasmes pendant deux jours, puis ouverture de l'abcès avec le bistouri.

4 *avril.* — Guérison. Exeat.

Obs. MCCXXVI. — *Abcès tuberculeux développé au pourtour du tendon d'Achille. Évacuation du pus. Résection des parois de la poche purulente. Guérison.* — Gugnoni (Pompée), quarante ans, tourneur en cuivre, entre le 30 mai 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents syphilitiques ou scrofuleux. Sommets des deux poumons douteux : submatité, craquements humides, expiration rude. Il y a six mois, sans causes connues, il constata au niveau du tendon d'Achille du côté gauche une tuméfaction indolente, sans phénomènes inflammatoires, qui depuis s'est accentuée progressivement et a fini par déterminer de la gêne de la marche. Dernièrement, par suite d'un faux pas, il eut une entorse qui l'amena à l'hôpital.

État actuel. — Entorse tibio-tarsienne gauche légère et sans complications. La tumeur, siégeant au niveau du tendon d'Achille, s'étend verticalement du triceps sural avec lequel elle paraît se continuer, à l'insertion calcanéenne du tendon. Son diamètre transversal est égal à celui du membre à ce niveau. Elle fait au-dessous du mollet une saillie qui rappelle la forme et le volume d'un œuf de dinde. Sa surface est lisse, convexe, sans bosselures apparentes. La peau est normale, mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci offre une con-

sistance mollasse et obscurément fluctuante; elle est irréductible. Ses limites et son siège exacts sont difficiles à préciser, bien qu'elle soit superficielle et accessible. Elle masque complètement le tendon d'Achille, se continue sans ligne de démarcation appréciable avec le corps du soléaire, et néanmoins elle n'est pas entraînée dans leurs mouvements, ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre en faisant contracter les muscles. D'autre part, elle paraît envoyer un prolongement profond du côté des os de la jambe. En un mot, il semble que le tendon d'Achille soit entouré par la tumeur comme par un manchon, sans contracter d'adhérence avec elle. Indolence à la pression. Rien dans les ganglions lymphatiques. Immobilisation et compresses résolutives pour l'entorse.

4 juin. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons une incision longitudinale de 12 centimètres et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur étant à découvert, ponction qui donne issue à 80 grammes d'un pus séreux, mal lié, renfermant de nombreux grumeaux caséeux. Le liquide évacué, nous disséquons avec soin les parois de la poche et nous reconnaissons qu'elle entoure bien le tendon d'Achille comme nous l'avions prévu. La partie profonde envoie un prolongement qui s'étend jusqu'au périoste du tibia, dont il est facile de la détacher sans faire de dénudation de l'os. Drain. Suture. Pansement phéniqué.

Examen histologique. — Globules de pus en dégénérescence granulo-graisseuse; masses tuberculeuses formées de cellules et de noyaux développés autour des vaisseaux capillaires.

Pas de réaction fébrile; pas d'accidents consécutifs; on enlève les fils le quatrième jour; réunion par première intention. Injections quotidiennes phéniquées. — Le vingtième jour, suppuration tarie. Au bout d'un mois, guérison. Sortie.

Obs. MCCXXVII. — *Ulcères de jambe. Albuminurie. Amélioration.* — Lefèvre (Jules), trente-sept ans, vernisseur, entre le 5 avril 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Vers l'âge de quinze ans, ce malade a eu à la jambe gauche des abcès nombreux et des ulcérations consécutives. Depuis, la moindre cause a occasionné chez lui des ulcères à cette jambe. Il y a trois ans : néphrite albumineuse intense. Œdème des jambes; la gauche s'ulcéra et une quantité considérable de liquide s'échappa par l'orifice. Depuis cette époque l'ulcération ne s'est pas refermée.

Actuellement. — Sur les deux tiers inférieurs de la jambe gauche sont de nombreuses ulcérations circulaires dont le fond bourgeonne activement. Ces ulcérations existent sur tout le pourtour de la jambe, et laissent entre elles un peu de peau saine. Suppurations assez considérable. Albuminurie. — Pansement au vin aromatique. Régime lacté.

15 *avril.* — Amélioration. Pansement au diachylon.

16. — Le pied est enflé, on enlève les bandelettes. Pansement au vin aromatique. Le malade sort sur sa demande le 26. Son état s'est légèrement amélioré.

Obs. MCCXXVIII. — *Volumineux sarcome embryo-plastique développé dans l'épaisseur des muscles antéro-externes de la jambe. Amputation sus-condylienne de la cuisse.* — Jeannigras (Léon), cinquante-quatre ans, marchand de vin, entre le 22 mai 1882, salle Saint-Marthe, n° 6. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a cinq mois, sans causes connues, tuméfaction diffuse de la partie antéro-externe de la jambe gauche. Un mois après, douleurs lancinantes.

État actuel. — Tumeur ovoïde, à grand axe vertical, à grosse extrémité supérieure, étendue verticalement de la tubérosité antérieure du tibia à quatre travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne et transversalement de la crête du tibia au bord postérieur du péroné. Elle mesure 23 centimètres de longueur, 16 centimètres de largeur et a une hauteur de 5 centimètres. Bosselures multiples en verre de montre. La peau, amincie, tendue, rouge par places, non adhérente; veines sinueuses et dilatées. Consistance faussement fluctuante au centre, ferme au pourtour. Quand on cherche à préciser les rapports de la masse morbide avec les parties voisines, on reconnaît que la crête du tibia est libre dans toute sa hauteur et que le péroné paraît indemne; mais il est impossible de savoir si elle a des connexions profondes avec les os ; ce qui est certain c'est qu'elle soulève toute l'étendue de la masse musculaire antéro-externe et fait corps avec elle et la face externe du tibia. Douleurs spontanées, continues, assez vives pour empêcher le malade de marcher, exagérées par la pression. Rien dans les articulations sus et sous-jacentes. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. État général encore satisfaisant.

27 *mai.* — Chloroforme. Incision exploratrice longitudinale : il s'agit bien d'une tumeur solide de mauvaise nature qui a envahi toutes les parties profondes. — Amputation de la cuisse au-dessus des condyles, par la méthode circulaire, pendant qu'un aide comprime la fémorale sur la crête pectinéale. Quatre points de suture profonds, huit superficiels. Drain transversal.

A la coupe. — Il s'agit d'un sarcome à divers degrés de développements avec points colloïdes et petits kystes multiloculaires; l'état embryoplastique prédomine. La tumeur est accolée par sa face profonde au périoste du tibia, qui cependant ne semble pas malade. C'est aux dépens des aponévroses intermusculaires que la tumeur s'est développée.

29. — Des phlyctènes se produisent sur le moignon près des points de suture. Ablation des points profonds.

1[er] *juin.* — Les bords de la plaie se sont sphacélés sur une étendue de plus d'un centimètre. Un érysipèle s'est déclaré et occupe toute la partie externe du moignon.

2. — Pansement et injection à l'eau oxygénée.

3. — Décollement à la partie externe et inférieure de la cuisse. Drainage.

10. — La plaie a bon aspect. Ces jours derniers s'est développé un érysipèle qui a atteint aujourd'hui la partie inférieure de l'abdomen et la fesse gauche.

14. — Grand frisson.

17. — Passage au chalet. Mais l'état général devient de plus en plus mauvais. Des décollements se produisent dans la cuisse, le pus devient fétide malgré le pansement à l'eau oxygénée. Eschare au sacrum. Mort le 27.

Autopsie. — Foyers purulents multiples remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, foyer s'ouvrant sous la peau du moignon. Sur une étendue de 5 centimètres, la moelle du fémur est rouge et ramollie ; en certains points, elle est grisâtre. Pas de phlébite suppurée. Aucune trace d'abcès métastatiques. — *Poumon droit*, broncho-pneumonie. — *Reins* volumineux et congestionnés. — *Foie gras*. — Rien par ailleurs.

5° *Pied.*

Bornons-nous à mentionner l'observation MCCXLVI qui relate un cas d'épithélioma du talon à sa période confirmée. Le talon peut être, comme les autres régions, le siège de diverses productions morbides. Nous avons étudié ces tumeurs dans le premier volume de nos *Cliniques* (troisième leçon pages 21 et suivantes), à propos des hypertrophies papillaires du pied. Nous avons dit, dans cette leçon, qu'à une certaine période de leur évolution, les papillomes présentaient des analogies avec les tumeurs érectiles, les lipomes érectiles et l'épithélioma. A ce propos nous avons insisté sur les caractères qui permettent de distinguer ces différentes sortes de tumeurs. Lorsque ce mal est arrivé à une période aussi avancée qu'il l'était chez notre malade, la confusion n'est plus possible ; aussi n'avons-nous pas à insister sur le diagnostic. Nous voulons seulement attirer l'attention sur le mode du début de la tumeur. Le malade accuse une ampoule et une écorchure. Il est probable que depuis longtemps déjà

il existait dans cette région une hypertrophie papillaire due à l'infiltration épithéliale, et que l'ampoule n'a été qu'un phénomène accidentel. Toutefois, il est possible que cette irritation de voisinage ait donné un coup de fouet au mal et ait ainsi hâté l'ulcération du cancroïde.

Obs. MCCXXIX. — *Ulcération de cause indéterminée à la partie inférieure de la malléole interne droite. Guérison.* — Batter (François), trente-cinq ans, maçon, entre le 21 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. Depuis plusieurs mois, le malade porte au-dessous de la malléole interne droite une ulcération dont il ne peut établir la cause (pas de coup, pas de vérole, bonne santé).

État actuel. — Au-dessous de la malléole indiquée, ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent, à bords minces, légèrement décollés, à fond ni excavé ni bourgeonnant, recouvert d'une couche de pus épais. Légère induration sur plus d'un centimètre tout autour. En outre, tout le pied droit est le siège d'une congestion intense comme si le cou-de-pied était vigoureusement serré. Sa coloration est violette, et l'impression blanche du doigt ne persiste que très peu. Diminution considérable de la sensiblité du pied, surtout vers les environs de l'ulcération. Pas d'athérome artériel, aucun signe d'ataxie. Le malade, lors de son entrée, se plaignait aussi d'hématurie. Pendant tout son séjour à l'hôpital, il n'a pas pissé de sang. — Pansement avec des bandelettes de diachylon. Repos au lit.

Au bout d'une dizaine de jours la plaie est à peu près cicatrisée, et, dans les premiers jours d'août, guérison absolue.

Obs. MCCXXX. — *Abcès rétro-malléolaire probablement consécutif à une lymphangite du pied. Incision. Guérison.* — Vasner (Eugène), quarante-sept ans, ajusteur, entré le 29 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 20. Le 15 décembre, ce malade fut pris de frissons violents, adénopathie inguinale douloureuse; doit prendre le lit. Les jours suivants: derrière la malléole interne gauche, gonflement et élancements douloureux. — Cataplasmes. — Sa profession l'obligeait à se fatiguer et à marcher beaucoup, mais il dit n'avoir jamais remarqué d'écorchure à son pied.

État actuel. — Abcès qui se perce sous la simple pression des doigts, il sort de la sérosité mêlée de pus et de sang.

3 *janvier*. — L'exploration à la sonde cannelée fait reconnaître un décollement de 5 centimètres. — Incision. — Les gaines ne sont pas à nu et il n'existe pas de complications. Pansements alcoolisés. — La cicatrisation marche rapidement, et le 24 janvier elle est complète. Exeat.

Obs. MCCXXXI. — *Phlegmon spontané sous-cutané de la face dorsale du pied droit. Incision. Guérison.* — Bauce (Prosper), cinquante-quatre ans, garçon de magasin, entré le 17 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 32. Le 6 juillet, le malade, en se levant, éprouva un peu de douleur au niveau du pied droit. Dans le courant de la journée la douleur augmenta un peu; élancements le soir : nuit assez bonne. Le lendemain, impossibilité de marcher; très léger gonflement du pied. Les jours suivants, le gonflement augmenta, le dos du pied devint rouge, et la douleur intolérable. Fièvre.

État actuel. — Le pied est rouge, tendu, luisant. Sur la partie médiane de la face dorsale, la fluctuation est manifeste. Tout le pied et la partie inférieure de la jambe sont chauds et présentent des pulsations très manifestes. Pas d'engorgement ganglionnaire; œdème jusqu'à la partie moyenne de la jambe. — Incision longitudinale, dorsale du pied, issue de pus phlegmoneux : décollement occupant presque toute la face supérieure du pied; en outre, le stylet s'engage entre le premier et le deuxième orteil et vient aboutir à la peau de la face plantaire qui répond à l'interstice de l'insertion de ces deux orteils sur le pied. Contre-ouverture en ce point. — Cataplasmes arrosés d'huile phéniquée au centième.

21 *août.* — Amélioration notable. Les jours suivants. Pansement de Lister. Compression ouatée.

27. — Guérison. Exeat.

Obs. MCCXXXII. — *Abcès de la face dorsale du pied. Drainage. Guérison.* — Lanz (Victor), vingt et un ans, tourneur en cuivre, entre le 14 janvier 1881, salle Saint-Augustin, n° 78. Il y a trois semaines, il a ressenti une vive douleur dans la région du cou-de-pied, après avoir porté toute une journée une bottine qui le serrait beaucoup. Le surlendemain, il remarque qu'à cet endroit existe une tumeur du volume d'une noisette et très douloureuse. Huit jours après, augmentation de la tumeur, impossibilité de marcher.

A son entrée, gonflement de toute la face dorsale du pied gauche, tumeur du volume d'un petit œuf de poule au niveau du cou-de-pied. Douleurs vives à cet endroit et s'irradiant jusqu'au genou. Peau rouge, amincie, luisante. Pression douloureuse, fluctuation très nette. La marche est impossible, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont très limités. — Cataplasmes.

16 *janvier.* — Drainage. — 26. Le malade sort presque guéri.

Obs. MCCXXXIII. — *Abcès aigu spontané de la plante du pied gauche. Incision. Guérison.* — Clément (Édouard), pâtissier, vingt ans, entre le 19 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 22. Blennorrhagie depuis trois mois. Orchite blennorrhagique du côté gauche. Le 13 mai, sans cause déterminée, le malade ressent une douleur à la face plantaire du pied gauche, en avant du talon. La douleur augmente peu à peu.

État actuel. — Rougeur au niveau du point douloureux : empâtement périphérique, douleurs très vives. — Cataplasmes laudanisés.

21. — L'épiderme est soulevé par une couche de pus sur une étendue de la surface d'une pièce de 5 francs : nous enlevons cet épiderme. Orifice qui traverse le derme et dont la pression fait sortir du pus. — Incision du derme. C'est un abcès en bouton de chemise. Pansement à l'eau-de-vie camphrée. Copahu.

22. — Le malade est très soulagé ; issue d'une assez grande quantité de bourbillons et de pus.

23. — L'abcès est presque cicatrisé.

24. — Le malade a de la fièvre et un peu mal à la gorge, éruption scarlatiniforme sur le tronc. — Purgatif. Suppression du copahu.

25. — L'éruption est bien la scarlatine: le malade passe en médecine.

Obs. MCCXXXIV. — *Phlegmon de la plante du pied gauche. Guérison.* — Martinet (Marie), vingt-deux ans, domestique, entre le 5 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 47. Il y a trois mois, en se promenant pieds nus dans une chambre, elle a monté sur un tesson de verre : pansement à l'arnica. Deux semaines après, première poussée d'inflammation du côté de la plaie. Cataplasmes. Ouverture spontanée d'un petit abcès. Après huit jours la malade avait cru pouvoir marcher. Nouvelle inflammation, nouvel abcès : nouveau séjour au lit, le pied enveloppé dans des cataplasmes. La malade était ainsi arrivée au commencement de la sixième semaine de son affection. Encore une fois, se croyant guérie, elle tente de reprendre ses occupations. La plaie s'enflamme encore. Tendance à l'extension depuis quelque temps.

État actuel. — Plaie linéaire antéro-postérieure occupant la région plantaire externe et ne pénétrant pas au delà de l'aponévrose, elle a environ 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large : véritables fongosités atones et à peine sensibles au toucher. Enfin la peau de la région voisine, sur une zone de plusieurs centimètres, est le siège d'une prolifération épithéliale assez considérable. La malade peut marcher, mais avec peine. — Repos au lit. Cautérisations quotidiennes avec le crayon au nitrate d'argent. Pansement à l'alcool presque pur.

Après quatre jours la transformation est complète, et la plaie unie et recouverte de bourgeons de bonne nature, est rouge et déjà diminuée d'étendue, et vingt jours après la cicatrisation est complète, mais la région est restée douloureuse. Va au Vésinet.

Obs. MCCXXXV. — *Écrasement de la jambe par une meule; pied bot cicatriciel. Redressement impossible. Amputation de jambe au lieu d'élection. Guérison.* — Condette (Louis), quarante ans, carrier, entre le 14 juin 1880. Le 14 janvier, la jambe fut prise sous une meule et écrasée. Une grande partie des parties molles du mollet furent emportées.

La cicatrisation fut longue à obtenir, et malgré l'emploi d'appareils plâtrés, il se forma un varus equin. Le malade partit pour Vincennes avec un appareil prothétique, mais la marche fut complètement impossible et de plus l'appareil ayant déterminé du sphacèle, en certains points, par compression, le malade réclame l'amputation.

26 *mars*. — Amputation de jambe au lieu d'élection par la méthode à lambeau externe. Drainage. Suture. Pansement de Lister.

27. — Le pansement est renouvelé. Lorsqu'on soulève la jambe elle est prise d'un tremblement très fort, comme cela a toujours eu lieu chez ce malade.

28. — Même tremblement. Pendant les mouvements désordonnés que le malade y ajoutait, un fil à ligature fut certainement déplacé et à 3 heures de l'après-midi il y eut une hémorrhagie abondante qui força à enlever les sutures et à détruire la réunion déjà faite pour lier l'artériole qui donnait du sang. Pendant cette opération il fallut deux hommes vigoureux pour maintenir à peu près fixé le genou du blessé. Quelques sutures furent appliquées de nouveau.

29. — On renouvelle le pansement, mais le membre tremble toujours beaucoup.

30. — Afin de pouvoir faire un bon pansement, chloroformisation. Pulvérisation phéniquée : on enlève les fils; sutures sèches. Pansement de Lister, et par-dessus, appareil ouaté.

5 *avril*. — Le pansement est renouvelé sous le chloroforme et refait dans les mêmes conditions, la plaie a très bel aspect. Le malade va d'ailleurs très bien, n'a pas de fièvre, son appétit est bon et il ne souffre pas.

13. — Pansement toujours pendant l'anesthésie.

21. — Pas d'anesthésie. Pansement : la plaie est en grande partie cicatrisée. Les fils à ligature sont tombés. Le tube à drainage est retiré.

2 *mai*. — Cicatrisation complète. Le moignon est arrondi, les os parfaitement recouverts par un matelas de parties molles qui a 2 à 3 centimètres d'épaisseur. La pression sur l'extrémité du moignon n'est pas douloureuse, il faut une pression très forte pour éveiller un peu de sensibilité.

Obs. MCCXXXVI. — *Pied bot équin dû à l'immobilisation prolongée. Ténotomie.* — Bonjour (Pauline), trois ans et demi, est présentée à notre clinique le 30 décembre 1882. Enfant rachitique. Les membres inférieurs présentaient des déviations surtout marquées du côté droit. Un médecin consulté mit au mois de mai 1882 un appareil contentif immobilisant la jambe et le pied droit. Cet appareil, trop serré et laissé en place pendant un mois, détermina des eschares superficielles. On dut enlever l'appareil et l'enfant fut amené dans notre service, où nous commençâmes par favoriser la cicatrisation des plaies de la jambe.

État actuel. — Les plaies sont complètement cicatrisées, mais le pied droit présente un équinisme complet et irréductible, qui gêne considérablement la marche.

30 *décembre.* — Chloroforme. Ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. Nous obtenons immédiatement la flexion du pied, qui est immobilisé à l'aide d'un appareil orthopédique en bonne situation. L'enfant est reportée chez ses parents.

Obs. MCCXXXVII. — *Déformation spontanée du pied.* — Desnoyer (Pierre), soixante-sept ans, bijoutier, entre le 20 janvier 1882, salle Saint-Augustin, n° 6 *bis*. Quelques douleurs rhumatoïdes. Jamais de goutte ni d'attaque de rhumatisme franc. Il y a deux ans, abcès au troisième orteil, survenu sans cause. Reste trois mois dans un hôpital et y subit deux opérations sur la nature desquelles il ne peut donner aucun renseignement. Quelque temps après, le pied droit a commencé à se déformer. Il y éprouva des sensations diverses : crampes, élancements, fourmillements. Son métier l'obligeait à marcher beaucoup.

État actuel. — Tous les orteils sont ramassés sur la ligne médiane du pied; ils sont tassés les uns contre les autres. Le gros orteil est luxé en dehors et en haut. L'extrémité antérieure du premier métatarsien, ne se continuant plus avec lui, forme une saillie considérable.

Le deuxième orteil est recouvert par le premier et par le troisième.

Le troisième surmonte le second et est tassé contre le premier et le quatrième. Le quatrième et le cinquième sont ramenés vers l'axe du pied.

Du côté gauche, le cinquième orteil est déjeté complètement et aplati sur la face dorsale du pied. Sensibilité cutanée absolument normale. Artères radiales légèrement athéromateuses. Calvitie. Léger eczéma de la partie supéro-externe de la jambe gauche. — Il n'y a pas d'opération possible. — Exeat.

Obs. MCCXXXVIII. — *Mal perforant du talon. Pansement au vin aromatique. Bains alcalins. Guérison.* — Michoud (Alexandre), quarante-neuf ans, homme de peine, entre le 21 octobre 1881, au n° 22 *bis* de la salle Sainte-Marthe. Il y a quatorze mois, il a commencé à ressentir dans le talon droit des élancements qui, d'abord passagers, sont devenus très répétés. Ayant examiné la partie, il remarqua un durillon qu'il croyait être un cor et qu'il gratta, avec un couteau, après un bain de pieds. Pendant trois ou quatre jours, il se sentit bien, mais les douleurs reparurent, la marche devint pénible, et deux mois après, ce durillon s'ulcérait. Depuis trois semaines au moins, il ne peut marcher qu'avec une canne.

État actuel. — La face plantaire, surtout au niveau de la voûte, est le siège d'un léger gonflement. Au milieu du talon se voit une ulcération du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Tout au

pourtour existe de la rougeur et de l'empâtement. Cette ulcération est taillée en entonnoir; son fond est très petit, les bords sont réguliers. Avec un stylet, on arrive jusqu'à la face inférieure du calcanéum non dénudée. — Pansement au vin aromatique. Bains alcalins.

Pendant plusieurs jours l'ulcération reste à peu près dans le même état, mais le gonflement de la voûte plantaire et l'empâtement entourant l'ulcération ont presque disparu; les douleurs sont bien moins vives à la pression.

2 *novembre*. — L'ulcération se rétrécit, les bords se resserrent. Même traitement.

17. — Guérison presque complète. Sortie.

Obs. MCCXXXIX. — *Mal perforant du talon. Pansement au vin aromatique. Guérison.* — Georget (Pierre), quarante et un ans, homme de peine, entre le 20 août 1882, au n° 80 de la salle Saint-Augustin. A vu se former, il y a environ trois mois, à la suite d'une longue marche, un durillon sous le talon : souffrances vives; continue à travailler. Au bout de sept semaines, est forcé de garder le repos pendant quelques jours par suite des douleurs. Amélioration. Douleurs presque calmées. Le malade reprend son travail. Nouvelles souffrances ; puis peu à peu la peau rougit, s'amincit, et l'ulcération se produit. Impossibilité de la marche.

État actuel. — Au milieu du talon, empiétant un peu cependant sur la moitié interne, est une ulcération irrégulièrement arrondie et ayant le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Le fond de cette ulcération est petit, l'ulcération étant infundibuliforme. Avec le stylet, on constate que le calcanéum est intact. Repos au lit. — Pansement au vin aromatique.

25 *septembre*. — Guérison. Exeat.

Obs. MCCXL. — *Mal perforant du talon. Pansement avec le vin aromatique. Guérison.* — Buisson (Jules), cinquante-deux ans, journalier, entre le 11 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 25. Ce malade a les pieds très plats; il ne peut fournir de longues marches sans être très vite fatigué : son métier de journalier l'oblige à être constamment debout. Il y a neuf mois, il s'est formé sous le talon une excroissance de chair qui peu à peu s'est épaissie et qu'il a coupée avec un rasoir. Quoique marchant difficilement, il a continué à travailler, et il y a six semaines, il s'est formé une ulcération qui a gagné en profondeur. Depuis huit jours, les souffrances sont vives, et la marche impossible.

A son entrée. — Au milieu du talon droit est une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt centimes et profonde de 4 millimètres. Cette ulcération est creusée en godet. Les bords sont limités par une couche épaisse d'épiderme. Le fond est grisâtre. Empâtement des parties voisines sur une étendue de 2 centimètres. La marche

est impossible. Douleur à la pression. — Repos au lit. Pansement au vin aromatique. — 3 juin. Guérison. Sortie.

Obs. MCCXLI. — *Mal perforant du talon. Cataplasmes, puis pansement au vin aromatique. Guérison.* — Levrier (Charles), dix-neuf ans, mécanicien, entre le 2 septembre 1881, au nº 9 *bis* de la salle Sainte-Marthe. Depuis dix-huit mois, il porte sur la portion interne du talon gauche un durillon qui le faisait beaucoup souffrir, et qu'il croit être survenu à la suite de longues marches. Il y a cinq mois, ce durillon s'est ulcéré, mais il a continué à marcher et à travailler. Cette ulcération, très petite tout d'abord, a gagné en surface et en profondeur. Les douleurs sont devenues en même temps intolérables.

État actuel. — Ulcération à peu près ronde de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, à bords irréguliers, taillés à pic. Son fond est grisâtre, tapissé de quelques bourgeons charnus. Tout autour, il y a de l'empâtement, et la pression est très douloureuse. En explorant avec une sonde cannelée, on s'assure que l'ulcération ne va pas jusqu'à l'os. — Repos. Cataplasmes pendant sept jours, puis pansement au vin aromatique.

La cicatrisation se fait rapidement, et le 29 septembre la guérison est presque complète. Exeat.

Obs. MCCXLII. — *Mal perforant plantaire. Repos, bains. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Guérison.* — Marchand (Édouard), quarante-deux ans, journalier, entre le 23 juin 1882, nº 30, salle Sainte-Marthe. C'est un individu ayant les pieds plats et qui est constamment debout. Il y a sept semaines, il a remarqué au milieu du talon gauche un durillon qui le gênait beaucoup pour marcher. Quelques jours après, ce durillon s'ulcérait et rendait la marche excessivement pénible; continue à travailler, et enfin doit cesser.

État actuel. — A peu près au milieu du talon, un peu plus cependant du côté de la moitié externe, existe une ulcération excavée, en forme d'entonnoir, du diamètre d'une pièce de vingt centimes. Les bords taillés à pic sont irréguliers. Au pourtour de l'ulcération existe une zone œdémateuse. Un stylet engagé dans la profondeur de l'ulcération démontre que le calcanéum est intact. — Repos; bains tous les deux jours; cautérisations au nitrate d'argent. Au bout de dix-huit jours, la guérison est complète. Exeat.

Obs. MCCXLIII. — *Mal perforant du gros orteil et du talon. Repos. Bains. Pansement au vin aromatique. Guérison.* — Bastard (Jules), cinquante ans, tailleur de pierres, entre le 17 septembre 1881, au nº 8 de la salle Saint-Augustin. Depuis plusieurs années, il a vu pousser à la face plantaire de la deuxième phalange du gros orteil une excroissance de chair qu'il coupait très souvent et qui repoussait presque aussitôt après. Depuis deux mois et demi, au lieu de pousser au dehors, elle s'est ulcérée et creusée. En même temps elle est devenue

si sensible que le malade marchait sur le talon. Il y a quinze jours, il a vu se produire sur le talon une ulcération semblable, qui est extrêmement douloureuse aussi, et il ne peut plus marcher.

État actuel. — Sur le milieu de la première phalange du gros orteil, ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, assez profonde, infundibuliforme, à fond très petit. Ses bords sont limités par une couche épaisse d'épiderme formant relief. Son fond est grisâtre : autour, il existe une aréole rougeâtre et de l'empâtement. La pression tout autour de l'excavation est très douloureuse. Du côté du talon, à 3 centimètres de son bord externe, autre ulcération plus large, mais moins profonde que la précédente. Elle présente les mêmes caractères que celle de l'orteil, si ce n'est que sa forme en entonnoir est moins prononcée. Pas de troubles trophiques. Pas de gonflement du pied ni de la jambe. — Repos. Pansement au vin aromatique. Grands bains tous les trois jours.

Le dixième jour, il commence à se produire un mieux sensible. L'aréole rougeâtre et l'empâtement ont disparu autour de l'ulcération de l'orteil. — Même traitement.

21 *octobre.* — Le malade sort presque guéri : devra encore se reposer pendant une huitaine.

Obs. MCCXLIV. — *Mal perforant. Opération. Guérison.* — Hellin (Amédée), quarante-cinq ans, tourneur, entre le 25 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 33. Il y a sept ans, mal perforant au niveau de l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien droit. Entré dans le service et traité par les bains d'amidon, les cataplasmes et le vin aromatique, il sortit guéri. En cet endroit on voit, aujourd'hui, un durillon au centre duquel existe un peu de tissu cicatriciel; au-dessous, le tissu cellulaire est induré, mais le malade n'en souffre pas. Au pied gauche existent deux durillons très marqués, l'un au niveau de l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien, l'autre sur la face plantaire de la dernière phalange du gros orteil; il a été ulcéré pendant quelques jours et à son centre on voit une cicatrice. Le malade est entré à l'hôpital pour un mal perforant siégeant dans le pli de flexion du gros orteil droit, ayant débuté huit mois auparavant par un durillon de la base de la pulpe du gros orteil droit, que le malade a coupé et sous lequel existait du pus. Comme il a continué à travailler, il s'est formé une perforation qui s'est agrandie, et peu à peu la marche est devenue impossible.

État actuel. — Dans le pli de flexion du gros orteil est un orifice fistuleux entouré de bourgeons charnus. La pression autour de cet orifice fait sortir du pus séreux. Le stylet arrive sur les os. Les mouvements imprimés à l'articulation métatarso-phalangienne font percevoir des frottements. Pas d'anesthésie du pied, même au voisinage du mal perforant.

19 *mars*. — Incision antéro-postérieure sur le bord interne du pied, près de la plante, sur laquelle tombe perpendiculairement une incision dorsale faite au niveau de l'interligne métatarso-phalangien ; les os sont mis à nu et on voit que l'articulation était ouverte et envahie. La première phalange du gros orteil, en grande partie détruite par l'ostéite, est isolée et mobile. La tête du cinquième métatarsien est aussi très altérée par l'ostéite. Sa surface articulaire est rugueuse et complètement déformée. La phalange est enlevée, et la tête du cinquième métatarsien réséquée avec la scie du polytritome. Drain. Sutures. Pansement phéniqué.

15 *avril*. — La plaie est cicatrisée. Le malade va à Vincennes.

Obs. MCCXLV. — *Kyste tendineux du cou-de-pied. Ponction. Compression. Guérison.* — Bedel (Henri), vingt-neuf ans, journalier, entre le 19 août 1881, au n° 21 de la salle Sainte-Marthe. Depuis le mois d'avril dernier, sans causes connues, il a remarqué sur le cou-de-pied une tumeur de la grosseur d'un pois. Cette tumeur ne le gênait aucunement et n'a commencé à évoluer que depuis vingt jours. Quelques douleurs assez vives.

État actuel. — Au niveau de la gaine synoviale du muscle extenseur commun des orteils est une tumeur du volume d'une châtaigne, ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas, parfaitement circonscrite, peu fluctuante. Sa consistance rappelle assez bien celle de certains lipomes. La peau à sa surface a conservé son aspect normal, mais elle est plus mince que celle des parties voisines. Dans les mouvements de flexion et d'extension du pied, la tumeur suit les mouvements des tendons.

21 *août*. — Ponction sous-cutanée, et par la pression il s'écoule un liquide épais, comparable à de la confiture de coings ; évacuation. Compression pendant sept jours. — Guérison. Exeat.

Obs. MCCXLVI. — *Cancroïde du talon. Ablation par le thermo-cautère et le bistouri. Mort.* — Doisy (Jules), soixante et onze ans, doreur, entre le 20 octobre 1880, n° 74, salle Saint-Augustin. (Pièce moulée et déposée dans notre collection du musée Saint-Louis.) Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a deux ans, il remarqua du côté du talon droit une sorte d'ampoule qu'il attribua au frottement de sa chaussure. Peu après, se produisit au-dessous de l'ampoule une écorchure qui, au lieu de se cicatriser par le repos et les pansements, se couvrit de bourgeons charnus, de mauvaise nature. Adénopathie inguinale douloureuse.

État actuel. — Le talon droit est déformé par une tumeur ulcérée de mauvais aspect, s'étendant dans le sens vertical de l'insertion du tendon d'Achille, aux tubérosités de la face inférieure du calcanéum et occupant, dans le sens transversal, tout l'espace intermalléolaire.

Sa forme est celle d'un champignon, son volume est comparable à la moitié d'une grosse orange. La surface de l'ulcération est hérissée de végétations fongueuses, violacées, de volume variant de celui d'un pois à celui d'une noix : ichor fétide dont l'écoulement est abondant et continu. Les bords de la tumeur sont irréguliers, anfractueux, saillants et boursouflés par places, déprimés et comme rongés en d'autres points. Au pourtour de cette masse principale, on remarque des saillies papilliformes non encore ulcérées, formées par l'hypertrophie et la déformation des papilles du derme ; leur surface est recouverte de gaines épithéliales épaisses et squameuses. La base de la tumeur est indurée, fibroïde et s'étend profondément jusqu'au calcanéum, auquel elle paraît adhérer. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés, mais de consistance assez molle.

20 *novembre*. — Chloroforme. Avec le thermo-cautère : incision circulaire au delà des limites du mal, de manière à le circonscrire complètement. Nous disséquons ensuite la tumeur par sa face profonde au voisinage du périoste du calcanéum. Large couche de chlorure de zinc.

La plaie marche bien. Le 1er janvier elle mesure environ 7 centimètres de diamètre. Le calcanéum, à nu à sa partie postérieure, est jaunâtre et ne semble pas nécrosé. Pansement à l'alcool. Il existe dans l'aine une masse ganglionnaire du volume du poing, presque indolore, sans changement de coloration à la peau. Teinte jaune paille générale. Pas de douleurs.

20 *mars*. — Œdème cachectique de tout le membre inférieur gauche. Rien dans les urines.

15 *avril*. — Les deux jambes sont prises de phlegmatia. Cet œdème rétrocède un peu les jours suivants. La plaie change d'aspect : le calcanéum devient noirâtre et la cicatrice périphérique est précédée d'un bourrelet fongueux, rappelant un peu l'épithélioma.

30 *mai*. — La cicatrice marche toujours bien lentement. État général mauvais. On envoie le malade au chalet.

2 *juin*. — L'adénopathie inguinale menace de s'ulcérer. — Enfin le malade meurt le 20 juin par suite des progrès de la cachexie.

6° *Orteils*.

Obs. MCCXLVII. — *Petit orteil surnuméraire droit. Amputation. Guérison*. — Reine Galot, sept mois, est apportée à notre clinique du 1er avril 1882. Pas d'hérédité. Elle porte un petit orteil surnuméraire au pied droit. Cet organe siège entre le quatrième et le cinquième orteil, il refoule ce dernier en dehors et se dévie lui-même en haut et en dedans pour se coucher obliquement sur le quatrième. Il se compose

de deux phalanges normales et s'articule comme le cinquième orteil avec le cinquième métacarpien. — Chloroforme. A l'aide d'un très petit bistouri, nous faisons à la base de l'orteil surajouté une incision en raquette, et après nous être assuré que l'articulation est indépendante de ses voisines, nous faisons l'amputation dans la contiguité. Suture. Pansement phéniqué.

Les jours suivants, l'enfant conserve sa gaieté et ne semble ressentir aucune douleur. Les sutures sont enlevées le 5 avril : un peu de suppuration. — Bandelette collodionnée.

10 *avril.* — Cicatrisation complète.

Obs. MCCXLVIII. — *Onyxis du gros orteil droit. Ablation de la moitié de l'ongle. Guérison.* — Robinet (Julien), dix-huit ans, cordonnier, entre, le 18 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 12. Depuis trois mois, ongle incarné du gros orteil droit. Il n'a jamais, dit-il, porté de chaussures ou trop larges ou trop étroites.

20 *janvier.* — Anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant. Ablation de la moitié de l'ongle avec le bistouri. Compression avec des rondelles d'amadou. — 6 *février.* Guérison complète.

Obs. MCCXLIX. — *Onyxis latéral. Ablation partielle de l'ongle. Guérison.* — Duval (Henri), dix-neuf ans, employé de commerce, entre, le 4 octobre 1881, salle Saint-Augustin, n° 7. Depuis plus de deux mois, il a commencé à sentir dans le sillon latéral interne du gros orteil une douleur assez vive; puis peu à peu au niveau de ce sillon sont apparus du gonflement et de la rougeur.

Actuellement. — Ulcération fongueuse entourée de tous côtés par un derme rouge et tuméfié. — Anesthésie à l'aide de glace. Ablation de la moitié correspondante de l'ongle et de sa matrice. — Compression avec rondelles d'amadou. — 20 *octobre.* Guérison. Sortie.

Obs. MCCL. — *Ongle incarné. Avulsion de la moitié externe de l'ongle. Guérison.* — Coure (Étienne), vingt-trois ans, employé de commerce, entre le 2 novembre 1881, salle Sainte-Marthe, n° 24. Depuis plusieurs semaines il souffre dans le bout du gros orteil. Il n'a point porté, dit-il, de chaussures trop serrées.

Actuellement. — Ongle incarné classique.

4 *novembre.* — Anesthésie locale avec de la glace, et l'on divise l'ongle d'avant en arrière, dans la partie moyenne, avec de forts ciseaux. La moitié externe est saisie avec des pinces à dissection, renversée et arrachée. Pansement avec des rondelles d'amadou et une bande compressive. — 10. Guérison. Sortie.

Obs. MCCLI. — *Onyxis du gros orteil. Ablation de l'ongle. Guérison.* — Étienne (Henri), vingt-neuf ans, serrurier, entre le 2 juillet 1881, salle Sainte-Marthe, n° 4 *bis.* Il y a trois ans, une barre de fer lui est tombée sur le pied et a porté plus particulièrement sur le gros orteil. Depuis, l'ongle a toujours poussé d'une ma-

nière vicieuse, et, depuis trois mois, il en souffre beaucoup, car il s'est incarné des deux côtés.

8 *juillet.* — On arrache l'ongle et les parties molles environnantes après les avoir préalablement divisées avec de forts ciseaux, l'anesthésie locale ayant été faite. Pansement compressif.

17. — La guérison est complète. Exeat.

Obs. MCCLII. — *Onyxis du gros orteil. Ablation de l'ongle. Guérison.* — Pétrel (Émile), dix-sept ans, garçon rôtisseur, entre le 11 janvier 1882, salle Sainte-Marthe, n° 13. C'est un jeune homme que le métier oblige à passer quatorze heures debout chaque jour; n'a pas porté de chaussures étroites. Il y a trois mois, il a ressenti des douleurs à l'extrémité du gros orteil; puis ces douleurs se localisèrent plus spécialement du côté du rebord unguéal.

A son entrée. — On constate une incarnation sur le bord interne de l'ongle du gros orteil gauche.

14 *janvier.* — Anesthésie avec un mélange réfrigérant. Ablation de la totalité de l'ongle avec sa matrice. Compression. — 25. Guérison. Sortie.

Obs. MCCLIII. — *Mal perforant du gros orteil (face plantaire). Pansement au vin aromatique. Guérison.* — Julien (Pierre), cinquante-trois ans, maçon, entre le 27 septembre 1882, salle Saint-Augustin, n° 77. Travaille continuellement debout avec des chaussures très lourdes. Il y a deux mois, il a aperçu au milieu de la face plantaire du gros orteil un durillon qui le faisait beaucoup souffrir : il coupe ce durillon avec un rasoir; puis entoure le doigt de pied avec un linge. Au bout d'une semaine, il se produisait une ulcération qui s'est élargie et accrue en profondeur. Au pourtour de l'ulcération il s'est fait un gonflement très notable, et tout l'orteil est devenu sensible à la moindre pression et au toucher. Impossibilité de marcher.

État actuel. — Au milieu de la face plantaire du gros orteil est une ulcération irrégulièrement arrondie et dont le diamètre le plus grand égale 8 millimètres. Les bords de l'ulcération sont entourés d'une couche d'épiderme assez épaisse; le fond est beaucoup moins large et offre une teinte grisâtre imprégnée de pus et tapissée de petits bourgeons charnus. Repos absolu au lit. Pansement au vin aromatique.

19 *octobre.* — Guérison. Sortie.

Obs. MCCLIV. — *Mal perforant de la face inférieure du gros orteil gauche. Amélioration.* — Schefer (Jean), cinquante et un ans, déménageur, entre le 17 juillet 1882, salle Sainte-Marthe, n° 19. Bonne santé habituelle. En 1852, il eut les pieds gelés. Depuis, il en souffre très souvent. Il y a deux ans, un durillon, que le malade portait sous le gros orteil gauche, est devenu douloureux; il enlève de

temps en temps la masse épidermique. Un jour une goutte de pus se forma au-dessous, et depuis l'épiderme ne s'est plus reproduit; une ulcération s'est constituée. Elle s'agrandit peu à peu, de la douleur s'y produisit; elle augmenta à un tel point que, il y a deux mois, le malade fut obligé de s'arrêter de travailler pendant une quinzaine de jours. Le repos détermina une amélioration notable. Le 13 juillet, le malade est de nouveau arrêté ; il entre le 17.

État actuel. — A la face inférieure du gros orteil gauche, au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange, près du bord interne, existe une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, entourée par un épiderme extrêmement épais, taillée à pic. Le fond est pâle, non bourgeonnant, très peu sensible. On peut y enfoncer une épingle et déterminer ainsi un écoulement sanguin sans provoquer de douleur. Très léger décollement tout autour. Sensibilité périphérique très peu diminuée. Au-dessus et au-dessous de l'apophyse du cinquième métatarsien, existent deux autres durillons indolores. Pas de signes d'ataxie. Pas d'athérome.

20 *juillet.* — On enlève avec des ciseaux les masses épidermiques. — Pansement au vin aromatique.

2 *septembre.* — Marche possible. Exeat du malade sur sa demande.

Obs. MCCLV. — *Mal perforant du gros orteil. Cataplasmes, puis pansement au vin aromatique. Guérison.* — Mouton (Jean), cinquante-trois ans, journalier, entre le 20 mars 1882, salle Sainte-Marthe, nº 17. L'hiver dernier, il a eu des engelures qui l'obligeaient à porter des chaussures très larges. Quoiqu'il souffrît, il a continué son travail qui l'oblige à être toujours debout ou à marcher beaucoup. Il y a sept semaines, il a remarqué à la face plantaire du gros orteil une tumeur du volume d'un pois qui était très douloureuse et qui n'a pas tardé à s'ulcérer et à gagner en largeur et en profondeur; la marche augmentait les douleurs. Depuis quatre jours, la marche est devenue impossible.

État actuel. — A la face plantaire du gros orteil droit est une ulcération de la grandeur d'un centime; ses bords sont saignants, irréguliers et limités par une couche épaisse d'épiderme formant relief; le fond de l'ulcération est grisâtre et tapissé de petits bourgeons charnus. La pression est douloureuse. Pas de gonflement des régions environnantes. La phalange n'est pas atteinte. — Cataplasmes.

5 *avril.* — Modifications de l'ulcération. — Pansement avec le vin aromatique.

27. — Guérison presque complète. Sortie.

Obs. MCCLVI. — *Mal perforant du gros orteil. Cataplasmes. Pansement avec le vin aromatique. Guérison.* — Pinel (Joseph), soixante et un ans, homme de peine, entre le 20 janvier 1881, salle Saint-

Augustin, n° 75. A les deux pieds plats. Depuis plusieurs mois il a, à la face plantaire du gros orteil, un durillon, qui tout d'abord ne le faisait pas beaucoup souffrir, mais qui, depuis qu'il s'est ulcéré, lui occasionne de vives douleurs et l'empêche de marcher. Il dit avoir eu pendant plusieurs jours le pied et le bas de la jambe gonflés.

État actuel. — A la face plantaire du gros orteil se voit une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 centime : cette ulcération, quoique profonde, n'arrive pas jusqu'à l'os. Alentour est une épaisse couche d'épiderme et au-dessous la peau, qui est également épaissie. La cavité formée par l'ulcération rappelle assez bien celle de certains chancres; elle est infundibuliforme. Son fond, très étroit, est grisâtre et saignant. Il existe un peu de gonflement de tout l'orteil, qui est douloureux. — Ablation de la couche épaissie d'épiderme. Cataplasmes. Repos.

25 *juillet.* — Suppression des cataplasmes. Pansement au vin aromatique. Repos. — Guérison au bout de cinq semaines.

Obs. MCCLVII. — *Mal perforant du deuxième orteil gauche. Amputation.* — Rocheron (Alberic), quarante ans, boucher, entre le 4 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 5. Bonne santé habituelle. A déjà eu un mal perforant au gros orteil gauche, et pour lequel nous lui avons fait l'amputation de cet orteil. Il y a un an, un durillon se formait à la face plantaire de la phalangette du deuxième orteil gauche. Au bout d'un certain temps le malade l'enlève, et au-dessous se trouve une perforation qui, de jour en jour, augmente d'étendue.

État actuel. — A l'extrémité antérieure de la face plantaire du deuxième orteil gauche, existe une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, recouverte de croûtes. La troisième phalange est rouge, un peu volumineuse. Autour et au niveau même de l'ulcération, on peut, sans que le malade ressente de la douleur, enfoncer une épingle. Pas d'athérome , pas de sciatique , pas d'ataxie ; le réflexe rotulien est conservé.

4 *mai.* — Opération. La peau paraissant mauvaise au niveau de la face palmaire, nous faisons l'amputation du deuxième orteil à lambeau interne et sectionnons, avec la pince, la première phalange vers son tiers antérieur. Suture. Petit drain. Pansement Lister.

10. — Ablation du drain et des fils. Pansement au vin aromatique.

26. — La cicatrisation est complète. Exeat.

Obs. MCCLVIII. — *Gangrène diabétique du gros orteil.* — Rozier (François), quarante six ans, mécanicien, entre le 17 février 1882, salle Saint-Augustin, n° 2. Très bonne santé habituelle. Vers le 15 janvier, une bulle se produit au-dessous du gros orteil gauche; trois jours après enflure rapide et considérable du pied. Pendant trois semaines, cataplasmes. Depuis huit jours, l'enflure a diminué.

État actuel. — Une eschare noire, molle, occupe toute la face

plantaire du gros orteil, toute sa face externe et le tiers antérieur des faces interne et supérieure : sillon rouge d'élimination au pourtour. L'examen des urines décèle 10 gr. 50 de sucre par litre. — Régime antidiabétique. Pansement au vin aromatique.

2 *mars*. — 8 grammes de sucre, et le 11 il a disparu. L'eschare commence à se détacher.

Plusieurs analyses ultérieures permettent de constater l'absence de sucre dans les urines.

13 *avril*. — La dernière phalange du gros orteil s'est détachée. Le sucre n'a pas reparu. Le malade sort le 17 avec une plaie en voie de cicatrisation régulière et avancée.

Obs. MCCLIX. — *Asphyxie des extrémités* (Pièce déposée dans notre collection). — Vignal (Louis), cinquante-cinq ans, cultivateur, entre le 24 mai 1882, salle Sainte-Marthe, n° 33. Bonne santé habituelle. Il y a une douzaine d'années, une ulcération se produisit sans cause appréciable à la partie supérieure du talon gauche, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Au bout d'un an cette ulcération guérit à peu près spontanément. Tous les remèdes jusque-là avaient été inutiles. Quatre ans après, les deux petits doigts des deux mains deviennent douloureux dans l'étendue des deux dernières phalanges, se sphacèlent et tombent, puis les troisièmes phalanges de l'annulaire, l'indicateur, le médius de la main gauche, tombent peu à peu par le même procédé. Les doigts de pied du côté gauche commencèrent ensuite à tomber peu à peu par lamelles, par petits segments. Il y a sept à huit mois seulement que le gros orteil de ce pied s'est sphacélé. Les orteils du pied droit ont été moins fortement atteints.

État actuel. — 1° *Pied gauche :* tous les orteils ont disparu ; reste encore la première phalange du gros et du second orteil. Une ulcération existe à l'extrémité antérieure du moignon du deuxième orteil et à la partie supérieure de la racine du cinquième. En outre, au niveau de la malléole interne, ulcération du volume d'une pièce de 2 francs à fond rose, lisse, non recouvert de bourgeons à bords moins épais, ni renversés, ni taillés à pic. 2° *Pied droit :* Gros orteil intact. Le 2e orteil a perdu une très petite partie de sa phalangette. Le 3e a perdu toute sa phalangette. Le 4e n'a que sa première phalange. Le 5e a disparu totalement. Ulcération sur la face dorsale du 2e orteil, bourgeons mous, pâles, volumineux, à bords commençant insensiblement. 3° *Main gauche :* doigts violacés, sauf le pouce, à partir du tiers antérieur des métatarsiens. Le pouce et l'index ont conservés toute leur longueur. Le médius et l'annulaire ont perdu une bonne partie de leur phalangette. L'auriculaire n'a guère que sa première phalange. Les extrémités de ces doigts sont terminées par des cicatrices légèrement douloureuses. 4° *Main droite :* pouce et médius intacts. L'index est amoindri à son extrémité. L'ongle est plus petit, la

face palmaire est sillonnée par une cicatrice. L'annulaire et l'auriculaire ont perdu la troisième phalange. Pas d'athérome artériel. Pas de sucre dans les urines. Pas d'albuminurie.

3 *juin.* — Le malade est pris d'un érysipèle facial.

6. — Passage au Chalet : est guéri de son érysipèle le 27 et demande à sortir.

Obs. MCCLX. — *Gangrène des orteils du pied gauche consécutive à une congélation. Guérison.* — Durand (Auguste), quarante-deux ans, polisseur, entre le 10 janvier 1881, au n° 5 *bis* de la salle Sainte-Marthe. En travaillant, cet homme a eu excessivement froid et le soir s'est chauffé à un poêle chauffé à blanc. Dans la nuit, il fut réveillé par des fourmillements aux extrémités, fourmillements qui se changèrent bientôt en douleurs excessivement aiguës. Il essaya de continuer son travail, mais au bout de quatre jours, ne pouvant marcher et souffrant beaucoup, il entre à l'hôpital.

État actuel. — Tous les orteils du pied gauche sont boursouflés et présentent la forme d'une massue ; la peau est soulevée, violacée par places, rouge dans d'autres. Sur la face dorsale du gros orteil, au-dessous de l'ongle, on observe une plaque grisâtre. Le malade souffre beaucoup, surtout quand on touche aux orteils. — Compresses de vin aromatique.

Pendant deux ou trois jours, l'état des orteils reste le même, puis le cinquième jour on remarque, tout autour des ongles des orteils, des îlots grisâtres. La sensibilité est encore conservée. Le huitième jour après l'entrée, la sensibilité cutanée est émoussée ; il sent à peine si on le pique et si on place au bout des extrémités un corps froid. La température est abaissée. Le dixième jour, les orteils deviennent noirs, ils sont insensibles ; on remarque quelques phlyctènes remplies de liquide séro-purulent. Les symptômes continuent à s'aggraver et la gangrène se confirme.

La gangrène se limite bien au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, et, une fois les orteils enlevés, la cicatrisation se fait rapidement.

12 *mars.* — Le malade quitte le service.

Obs. MCCLXI. — *Enchondrome du gros orteil. Amputation. Guérison.* — Knittel (Charles), cinquante ans, boulanger, entre le 29 avril 1881, salle Sainte-Marthe, n° 19. (Pièce moulée et déposée dans notre collection du musée Saint-Louis.) A vingt-six ans, deux chancres soignés pendant quinze jours environ. Croûtes dans les cheveux à quarante-six ans. C'est tout ce que l'on trouve pouvant faire penser à la syphilis. Il y a dix-huit mois, petite grosseur à la face supérieure du gros orteil gauche, au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne. Douleurs vives pendant la marche, entravant le travail ; élancements pendant le repos. La tumeur augmente

peu à peu. Douze jours avant l'entrée, le soir en ôtant ses bottes, le malade constate une hémorrhagie abondante, un verre de sang, dit-il. Depuis légères ulcérations. Les douleurs sont les mêmes.

A l'entrée. — Tumeur du volume d'une grosse noix occupant toute la face dorsale du gros orteil gauche, plus volumineuse vers l'ongle, irrégulière, bosselée, comme lobulée, dure, cartilagineuse, légèrement élastique, très peu mobile sur les os sous-jacents. La peau qui la recouvre ne glisse pas dessus. Elle est rouge sur sa partie la plus élevée et il existe à ce niveau deux petites ulcérations laissant sourdre quelques gouttelettes de pus. L'ongle est noirâtre, mais semble peu attaqué dans sa vitalité. Douleurs à la pression, supportables. Rien ailleurs.

14 *mai.* — Amputation du gros orteil avec lambeau externe et inférieur; quatre points de suture.

Le malade est mal à l'aise les jours suivants. La plaie se réunit mal, il y a un léger sphacèle de l'extrémité du lambeau.

20. — Traînées de lymphangite le long de la jambe et de la cuisse par places, plaques de lymphangite réticulaire, adénopathie inguinale. Fièvre.

30. — La lymphangite dure toujours, malgré les purgatifs et les cataplasmes. Le membre est envahi les jours suivants par un érysipèle bâtard, sans grande rougeur ni grandes douleurs. Mauvais état général. — Passage à l'isolement. Cataplasmes. Toniques.

1er *juillet.* — L'érysipèle a disparu peu à peu en quinze jours. Le malade a repris; l'état général est meilleur. La plaie n'est pas encore cicatrisée, il reste à la partie moyenne une fistulette due à une petite esquille osseuse qui gêne la marche. — Toniques. Pansement antiseptique. Teinture d'iode.

22. — La fistulette est presque entièrement guérie, le malade marche un peu. — Part pour Vincennes.

CHAPITRE XIII

STATISTIQUE. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Opérations pratiquées dans le service de M. Péan, du 1er janvier 1881 au 1er janvier 1883.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
M	28	Bon.	Kyste hydatique de la prostate.	Ponction.	1	»	1	
M	48	—	Abcès hématique de la fesse.	Drainage.	1	»	29	
M	38	—	— —	—	1	»	30	
M	46	—	Abcès de la fesse.	Incision.	1	»	30	
M	22	Médiocre.	Abcès du périnée.	—	1	»	36	
M	49	Bon.	—	—	1	»	36	
M	27	—	Abcès de la glande bulbo-uréthrale.	—	1	»	36	
M	21	—	— —	—	1	»	37	
M	28	—	— —	—	1	»	37	
M	48	—	Abcès périnéal.	—	1	»	37	
M	38	—	—	—	1	»	38	
M	30	—	Abcès ostéopathique trochantérien.	Incision. Grattage.	»	1	53	Alcoolisme. Mort par delirium tremens.
M	16	Médiocre.	Abcès ostéopathique migrateur du grand trochanter.	Incision. Drainage.	»	1	53	Abcès provenant d'un mal de Pott lombaire. Mort par cachexie.
M	25	—	Abcès trochantérien ostéopathique.	Incision et grattage.	1	»	56	
M	21	—	Abcès trochantérien.	Aspiration, puis drainage.	»	»	57	Fièvre typhoïde quelques mois avant.
M	18	—	Coxalgie suppurée.	Drainage.	»	»	63	
F	19	Lymphatique.	Abcès ostéopathique de la fosse iliaque externe.	Incision. Grattage de l'os.	1	»	104	
M	31	Assez satisfaisant.	Abcès froid.	Incision. Grattage de la poche.	»	»	104	Sort très amélioré.
M	32	—	Adénite inguinale.	Incision. Injections iodées.	1	»	123	
M	30	—	—	Incision.	1	»	124	
M	72	—	—	—	1	»	124	
M	20	—	Bubon suppuré.	—	1	»	124	
M	30	—	Abcès ostéopathique de l'aine.	Quatre ponctions.	»	»	125	Sort amélioré.
M	27	—	Abcès froid de l'aine.	Ponction.	»	»	136	—
M	31	Médiocre.	Abcès ostéopathique sessile de la fosse iliaque interne.	Drainage.	»	1	139	Le drainage avait amené une amélioration locale réelle.
M	18	—	Abcès trochantérien migrateur.	—	1	»	141	
M	39	—	— —	—	»	1	141	Mort par cachexie : curieux ostéophytes trochantériens.
M	19	—	— —	—	»	1	142	—
M	21	—	Abcès de l'aine par congestion.	—	»	»	142	Simple amélioration.
M	16	Excellent.	Hygroma trochantérien suppuré.	Débridement. Grattage.	1	»	152	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	»	153	Date très ancienne de l'affection.

								nage.
M	59	Bon.	— —	— —	1	»	154	
M	17	—	Hygroma trochantérien fistuleux.	— —	1	»	155	
M	23	—	Fistule ostéopathique de la branche ischio-pubienne.	Débridement. Evidement osseux.	1	»	159	
M	27	—	Fistule ostéopathique de la branche ischio-pubienne.	— —	»	»	160	Simple amélioration.
M	23	—	Fistule ischiatique.	— —	»	»	160	—
M	35	—	—	Débridement et drainage.	»	»	161	La cause de cette fistule est restée inconnue.
F	24	—	Fistule pyo-stercorale au-dessus de l'arcade crurale.	— —	1	»	162	Pathogénie obscure.
F	36	—	Fistule vésico-utérine.	Avivement et suture.	1	»	182	
F	28	—	Cloaque vésico-utéro-recto-vaginal.	Décollement partiel du rectum; avivement de la fistule vésicale. Suture.	»	»	184	Il n'y a pas eu moyen d'abaisser l'utérus pour l'appliquer devant l'orifice vésical. L'amélioration a été considérable : il ne restait qu'un orifice de 2 centimètres de large, quand la malade a voulu sortir du service.
M	56	—	Plaie de la main par vitre.	Extraction d'un morceau de verre.	1	»	239	
M	19	—	Plaie de l'index.	Amputation de la première phalange.	1	»	242	
M	29	—	Plaie du pied.	Amputation des métatarsiens.	1	»	243	L'amputation a été faite dans la continuité.
M	31	—	Phlegmon de l'avant-bras.	Incision et drainage.	1	»	246	
M	47	—	Abcès périscapulaire après une contusion.	Drainage.	1	»	261	
M	21	—	Épanchement sanguin de la jambe.	Incision.	1	»	268	
M	41	—	Abcès du pied consécutif à une contusion.	Drainage.	1	»	270	
F	49	—	Érysipèle suppuré du cou.	Incision.	1	»	273	L'érysipèle avait débuté autour d'une plaie contuse du front.
M	27	—	Ecrasement de l'index et du médius.	Amputation des deux doigts.	1	»	278	
M	25	—	Plaie de l'index et du médius par une scie.	Amputation de l'index et des deux dernières phalanges du médius.	1	»	282	C'est la gangrène qui a obligé à amputer.
M	34	—	Écrasement de l'index.	Amputation de la première phalange.	1	»	283	
M	19	—	Ecrasement de l'index et du médius.	Amputation des deux doigts.	1	»	284	
M	19	—	Écrasement du gros orteil.	Amputation.	1	»	288	
M	40	—	Plaie contuse du quatrième orteil.	—	1	»	288	
M	29	—	Arrachement de l'index et écrasement du médius.	Amputation des deux doigts.	1	»	298	
M	31	—	Phlegmon de l'avant-bras.	Incision.	1	»	302	
M	17	—	Plaie de la jambe par arme à feu.	Extraction.	1	»	310	Extraction immédiate : la balle étant superficielle.
M	27	—	— —	—	1	»	310	Extraction immédiate : la balle étant superficielle.
M	22	—	Ectropion cicatriciel.	Autoplastie.	1	»	320	
M	26	—	Atresie buccale et ectropion.	Incision des brides labiales et sutures des paupieres.	1	»	323	Cas très complexe.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
M	24	Bon.	Enfoncement de la paroi antérieure des sinus frontaux.	Trépanation.	1	»	380	Cette opération était indiquée par une céphalée persistante : la fracture datait de six semaines.
M	19	—	Fracture du crâne. — Enfoncement du pariétal. Abcès du cerveau.	Trépanation. Ouverture de l'abcès.	»	1	380	
M	11	—	Broiement du genou.	Amputation de la cuisse.	»	1	446	L'amputation a été faite vingt-quatre heures après l'accident avec 39°,8. Mort le vingt-cinquième jour par infection purulente.
M	48	—	Phlegmon au foyer d'une fracture de jambe.	Incision. Drainage. Guérison.	1	»	467	
M	20	Scrofuleux.	Périostite suppurée de l'humérus.	Drainage de l'abcès.	1	»	494	
F	23	—	— —	—	1	»	497	
M	28	Lymphatique.	Périostite suppurée du tibia.	—	1	»	500	
M	34	Scrofuleux.	Ostéite raréfiante de l'os malaire.	Evidement.	1	»	517	
M	20	—	Osteite suppurée de l'omoplate.	Grattage de l'os.	1	»	519	
M	16	—	Osteite de l'humérus à la partie moyenne.	Evidement.	1	»	519	
F	15	—	Ostéo-arthrite du coude.	Résection.	1	»	520	
F	46	—	Osteite de l'extrémité inférieure du radius.	Evidement.	1	»	522	
M	26	—	Ostéite suppurée de l'os iliaque.	—	1	»	524	
F	16	Bon.	Osteo-arthrite du genou. — Ostéite du tiers inférieur du fémur.	Résection du genou. Evidement du fémur.	1	»	525	
M	17	—	Ostéite du tibia.	Evidement.	1	»	529	
M	56	—	Osteite du tibia dans un moignon.	Résection de l'extrémité osseuse.	1	»	530	
M	4	Scrofuleux.	Périostite suppurée du tibia.	Incision des abcès.	1	»	531	
M	8	Satisfaisant.	Osteite du calcanéum.	Evidement.	1	»	532	
M	32	Mauvais.	Osteite du premier métatarsien.	Ablation de cet os avec l'orteil.	1	»	533	
F	46	Satisfaisant.	Ostéo-arthrite du cinquième métatarsien.	Ablation du métatarsien et de l'orteil.	1	»	534	
M	43	—	Nécrose phosphorée du maxillaire supérieur.	Résection de cet os.	»	1	537	Le malade était guéri de son opération, quand la nécrose envahit l'ethmoïde et le sphénoïde que nous dûmes réséquer en partie. Une méningite emporta le malade.
F	20	—	Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur.	Résection partielle de cet os.	1	»	539	Il y eut là aussi extension de la nécrose : guérison après une seconde opération.
M	6	—	Nécrose centrale de l'humérus.	Evidement.	1	»	541	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	»	543	

M	39	—	Nécrose centrale du fémur.	Évidement et drainage de l'os.	1	»	546	
M	51	—	Nécrose du tibia.	Évidement.	1	»	548	
M	33	—	Ostéite de l'extrémité supérieure du tibia.	—	1	»	550	Il se produisit consécutivement une arthrite du genou, qui se termina par ankylose.
M	29	Peu satisfaisant.	Nécrose du tibia.	Ablation des séquestres.	»	»	552	Le malade n'était pas guéri en sortant, et l'état général s'altérait.
M	39	Satisfaisant.	Kyste sous périostique de la région gingivale supérieure gauche.	Drainage et cautérisation au nitrate d'argent.	1	»	570	Un simple drainage a été suivi de récidive ; il a fallu faire le drainage et les cautérisations.
M	34	—	Kyste dentaire interstitiel du maxillaire supérieur.	Résection de la paroi antérieure du kyste.	1	»	571	
F	52	—	Kyste du sinus maxillaire droit.	Drainage.	1	»	571	
F	42	—	Kyste du maxillaire supérieur.	Drainage.	1	»	573	
M	11	Lymphatique.	Ostéo-chondrome du maxillaire supérieur ayant envahi le sinus.	Résection du maxillaire.	1	»	576	
M	43	Cachectique.	Adéno-sarcome du sinus maxillaire.	Ablation.	1	»	577	
M	55	Satisfaisant.	Sarcome du sinus maxillaire et des os environnants.	Résection du maxillaire et du malaire.	»	1	579	Mort le troisième jour par une méningo-encéphalite.
M	67	—	Épithélioma du sinus maxillaire.	Résection du maxillaire supérieur.	1	»	581	
M	58	—	— —	— —	1	»	583	
M	62	—	Épithélioma de la voûte palatine et des fosses nasales.	— —	1	»	585	
M	35	—	Kyste du maxillaire inférieur.	Ouverture large et grattage.	1	»	587	
M	18	—	Kystes dentaires des maxillaires supérieur et inférieur.	Large ouverture.	1	»	589	
M	22	—	Exostose de la branche montante du maxillaire.	Ablation.	1	»	590	
M	35	—	Tumeur myéloplaxique du maxillaire inférieur.	—	»	»	592	Le malade est retourné chez lui après l'opération et n'est pas revenu.
F	»	—	Tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur.	Résection partielle du maxillaire inférieur.	1	»	593	
F	26	Satisfaisant.	Sarcome de l'omoplate.	Ablation.	1	»	595	Trois mois après la guérison, récidive dans les ganglions axillaires : seconde opération. Guérison.
M	30	—	Sarcome périostique du bras gauche.	Amputation de l'humérus à la partie moyenne.	1	»	596	
F	30	Assez mauvais.	Sarcome périostique du radius.	Amputation de l'avant-bras.	1	»	597	
M	19	Très bon.	Enchondro-sarcome du second métacarpien.	Ablation de la tumeur.	1	»	597	
F	50	—	Ostéo-chondrome développé autour du tendon fléchisseur de l'annulaire.	Ablation.	1	»	599	
F	60	—	Fibro-sarcome de l'annulaire.	Ablation.	1	»	600	
F	70	—	Sarcome périostique de la phalangette de l'auriculaire.	Désarticulation phalango-phalangienne.	1	»	601	
M	36	Satisfaisant.	Exostose ostéo-cartilagineuse du fémur.	Ablation : évidement du fémur.	1	»	602	Érysipèle et douleurs rhumatismales intercurrentes.
M	48	Mauvais.	Tumeur myéloplaxique centrale du fémur.	Amputation de la cuisse.	»	1	602	Mort de tetanos le huitième jour.
F	8	—	Myxo-sarcome de la face postérieure de la cuisse adhérant au périoste.	Ablation.	1	»	604	

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
M	44	Satisfaisant.	Kyste multiloculaire sanguin du tibia droit.	Amputation de la jambe.	1	»	607	
M	16	—	Exostose du tibia.	Ablation. Évidement de l'os.	1	»	608	
M	40	—	Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia.	Ablation de la tumeur et résection du genou.	1	»	609	Nous avons fait ici la résection du genou, quoique l'amputation fût préférable, parce que la malade s'y opposait formellement.
F	14	—	Exostose sous-onguéale.	Ablation. Évidement de l'os.	1	»	611	
M	18	—	— —	— —	1	»	612	
M	41	—	— —	— —	1	»	612	
M	15	—	— —	— —	1	»	613	
M	47	—	Abcès du pied consécutif à une entorse.	Incision.	1	»	619	
M	28	—	— —	—	1	»	620	
F	23	Rhumatismal.	Ankylose osseuse du coude.	Résection.	»	»	645	Résultats assez satisfaisants, mais non complets.
M	53	Bon.	Arthrite chronique du coude.	—	»	»	646	Le malade a voulu sortir avant guérison complete.
M	16	—	Ankylose fibreuse angulaire du genou.	Redressement.	»	»	»	Le redressement a été facile, et le malade marchait avec la jambe droite.
M	15	Médiocre.	Arthrite traumatique suppurée du genou.	Amputation de la cuisse.	1	»	652	C'est l'hecticité qui nous a forcé à faire l'amputation.
M	64	—	Arthrite phalango-phalangienne du second orteil due à un mal perforant.	Amputation de l'orteil.	1	»	657	
M	21	Satisfaisant.	Hydarthrose du genou.	Ponction et injection iodée.	1	»	666	La synoviale était rompue et l'affection datait de quatre mois ; c'est pour cela que nous sommes intervenu.
M	34	—	Tumeur blanche de l'épaule.	Résection.	1	»	676	
M	22	—	Tumeur blanche du coude.	—	»	1	680	Le malade allait bien de son coude, quand deux mois après l'opération il fut pris d'une granulie pulmonaire suraiguë.
M	47	—	Tumeur blanche du poignet.	Amputation de l'avant-bras.	1	»	682	
M	30	—	— —	Evidement du poignet.	»	»	684	Grande amélioration.
M	31	—	— —	— —	1	»	685	
M	51	—	— —	Résection totale.	1	»	686	
F	17	—	Ostéo-arthrite fongueuse de l'index et de l'annulaire.	Désarticulation de ces doigts.	1	»	688	

			Tumeur blanche du genou.	Résection.	»	1	692	Mort par pyohémie.
M	16	Mauvais.	— —	—	1	»	695	
M	24	—	— —	Amputation de la cuisse.	1	»	696	
M	22	—	— —	—	1	»	697	
M	23	Passable.	— —	—	1	»	704	Il y a eu deux hémorrhagies artérielles très abondantes.
M	44	—	Tumeur blanche du tarse.	Amputation de la jambe.	»	1	707	Mort par septicémie aiguë le dixième jour.
M	45	—	— —	Résection du tarse, puis amputation sus-malléolaire.	1	»	708	
M	22	—	— —	Amputation de la jambe au tiers inférieur.	1	»	710	
M	48	—	Tumeur blanche tibio-tarsienne.	Amputation sus-malléolaire.	1	»	712	
M	19	Mauvais.	— —	Amputation de la jambe au lieu d'élection.	1	»	714	
F	17	Assez bon.	Ostéo-arthrite du tarse.	Amputation de la jambe.	»	1	716	Mort par cachexie.
M	53	Médiocre.	— —	— —	1	»	718	
M	24	Mauvais.	Ostéo-arthrite du premier métatarsien.	Résection.	»	»	719	Sort amélioré.
F	23	Bon.	Corps étranger spontané périarticulaire du genou.	Ablation.	1	»	720	
M	42	—	Hygroma du coude.	Incision cruciale.	1	»	721	
M	61	—	Phlegmon de la région olécrânienne.	Incision.	1	»	722	
M	29	—	Hygroma suppuré du coude.	—	1	»	723	
M	19	—	Phlegmon olécrânien.	—	1	»	723	
M	66	—	Hygroma prérotulien.	Injection de chlorure de zinc.	1	»	725	Sort en bonne voie de guérison.
M	32	—	— —	Drainage.	1	»	727	
M	22	—	— —	—	1	»	727	
F	66	—	Sarcome de l'orbite.	Ablation de la tumeur et du globe de l'œil.	1	»	750	
M	56	—	Epithélioma des paupières et de l'orbite.	Ablation de la tumeur et du globe de l'œil.	1	»	751	
M	12	—	Kyste sébacé du sourcil.	Ablation.	1	»	752	Un érysiplèle n'a pas empêché la guérison.
F	38	—	Kyste congénital du sourcil.	—	1	»	753	
M	31	—	— —	—	1	»	754	
F	5 m.	—	Fibrome angiomateux de la queue du sourcil.	—	1	»	755	
M	25	—	Hématome du grand angle de l'œil.	Incision.	1	»	755	
F	65	—	Kyste de l'angle interne de l'œil.	Excision.	1	»	756	
M	49	—	Hématome du pavillon de l'oreille.	Incision.	»	»	759	Le malade n'est pas revenu après l'opération.
M	25	—	Otite moyenne et mastoïdite.	Trépanation.	1	»	760	
M	15	—	— —	—	»	»	761	N'est pas revenu après l'opération.
M	45	—	— —	—	1	»	761	
F	80	—	Cancroïde du nez.	Ablation.	1	»	770	Sort en bonne voie de guérison.
M	59	—	—	—	»	»	771	—
M	65	Médiocre, alcoolisme.	—	—	»	1	771	Mort au début de l'anesthésie : c'est le seul cas dans ces deux ans.
M	28	Bon.	Polype muqueux.	—	1	»	772	
M	23	—	—	—	1	»	772	
M	31	—	Fibrome de la voûte de la fosse nasale droite.	—	»	1	773	Mort par hémorrhagie le septième jour.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
F	35	Bon.	Abcès froid de la langue.	Incision. Ablation de la poche.	1	»	777	
M	60	—	Epithélioma de langue.	Ablation au bistouri.	1	»	780	
M	63	—	— —	—	1	»	780	
F	58	—	— —	Ablation avec des ciseaux.	»	1	781	Mort par pyohémie le huitième jour.
F	5 m.	—	Tumeur érectile du front.	Ablation au bistouri.	1	»	787	
F	10	—	Tumeur érectile de la lèvre inférieure.	—	1	»	787	
F	10	—	Angiome de toute la moitié gauche de la face.	Ablation partielle au thermo-cautère.	»	»	788	Le point touché fut guéri, mais la fillette ne fut pas ramenée.
F	9	—	Angiome du nez.	Ablation au bistouri.	1	»	790	
F	12	—	Angiome sur une veine du cou.	—	1	»	791	
F	19	—	Angiome de la région sterno-claviculaire.	—	1	»	791	
F	30	—	Angiome de la mamelle.	—	1	»	793	
M	38	—	Anévrysme de la pédieuse.	Ligature au-dessus et au-dessous du sac. Ablation de celui-ci.	1	»	793	
F	8 j.	—	Bec-de-lièvre simple.	Opération.	1	»	810	
M	6 m.	—	—	—	1	»	811	
F	7 j.	—	Bec-de-lièvre complexe.	—	1	»	811	La suture n'a tenu qu'au niveau de la levre. L'enfant n'a pas été revue.
M	4 m.	—	— —	Suture de la lèvre.	1	»	812	La fissure palatine sera opérée plus tard.
M	58	—	Cancroïde de la lèvre supérieure.	Ablation.	1	»	813	
M	48	—	— —	—	1	»	813	
M	60	—	Cancroïde de la lèvre inférieure.	—	1	»	814	
M	54	—	— —	—	1	»	815	
M	55	—	— —	—	1	»	815	
M	65	—	— —	—	1	»	816	
M	53	—	— —	—	1	»	816	
M	64	—	— —	—	1	»	816	
M	59	—	— —	—	1	»	817	
M	53	—	— —	—	1	»	818	
M	46	—	— —	—	1	»	818	
M	50	—	— —	—	1	»	819	Érysipèle intercurrent sans gravité.
M	74	—	— —	—	1	»	820	C'était une récidive sans adénopathie.
M	48	—	Cancroïde d'un ganglion sous-maxillaire.	—	1	»	821	Il était consécutif à un cancroïde de la lèvre opéré l'année précédente.
F	26	—	Chéloïde de la lèvre inférieure.	—	1	»	822	
F	22	—	Hypertrophie d'une glande annexe au canal de Sténon.	—	1	»	823	

M	49	—	Épulis de la mâchoire supérieure	—	1	»	826	
M	22	—	Grenouillette sublinguale.	Drainage.	1	»	826	
M	28	—	— —	—	1	»	827	
M	21	—	— —	Injection iodée.	1	»	827	
F	10	—	Kyste de la glande sous-maxillaire.	Ablation du kyste et de la glande.	1	»	828	Ce kyste envoyait un prolongement intra-buccal simulant une grenouillette.
F	30	—	Kyste dermoïde sous-maxillaire.	Ablation.	1	»	830	Ici également, prolongement intra-buccal.
M	44	Mauvais.	Épithélioma du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur.	Ablation. Résection du maxillaire.	1	»	832	L'épithélioma avait débuté par le plancher de la bouche.
M	55	Médiocre : diabète.	Épithélioma du plancher de la bouche.	Ablation.	»	1	835	Mort le quatrième jour dans le coma diabétique.
M	42	—	— —	—	»	1	836	Mort par septicémie un mois après.
F	40	Bon.	Tumeur fibro-graisseuse de la voûte palatine.	—	1	»	838	
M	48	—	Kyste hydatique intra-abdominal.	Ponction.	1	»	844	La ponction a été faite avec un trocart à hydrocèle.
M	46	—	Hernie inguinale étranglée.	Kélotomie.	1	»	855	Étranglement datant de quelques heures.
M	73	Mauvais.	— —	—	»	1	855	Étranglement datant de quatre jours.
F	64	—	— —	—	1	1	857	Étranglement datant de quarante-huit à cinquante heures. Mort par étranglement interne par une bride épiploïque.
M	31	Bon.	— —	Ponction du sac et taxis.	1	»	858	Étranglement datant de quarante-huit heures.
F	46	—	Hernie crurale étranglée.	Kélotomie. Anus contre nature.	»	1	861	Étranglement datant de trois jours. Gangrène. Curieuse disposition du sac herniaire : collet en canal.
F	58	—	— —	—	»	1	864	Étranglement datant de soixante heures. Erysipèle. Mort le vingt-septième jour ; a été opérée par nous d'une fistule recto-vaginale en 1880.
F	52	—	Épithélioma ano-rectal avec adénopathie inguinale.	Ablation.	»	»	876	Cicatrisation totale de la plaie rectale, mais un mois après nouvelle adénopathie inguinale.
M	52	—	Hémorrhoïdes.	Ablation au thermo-cautère.	1	»	878	
M	47	—	—	—	1	»	879	Sort en bonne voie de guérison.
M	52	—	—	—	1	»	880	
M	41	—	—	—	1	»	881	
M	42	—	Fissure anale.	Dilatation.	1	»	882	
M	54	—	Fissure anale et hémorrhoïdes.	—	1	»	883	
F	20	—	Abcès anal.	Incision.	1	»	883	
M	32	—	—	—	1	»	884	
M	39	Satisfaisant.	—	—	1	»	884	
M	39	—	—	—	1	»	884	
M	20	—	—	—	1	»	885	
M	41	—	Fistules rétro-anales multiples, non ostéopathiques.	Débridement et grattage.	1	»	885	Le début remontait à douze ans.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
M	52	Satisfaisant.	Fistule anale borgne externe.	Débridement.	1	»	887	
M	15	—	— —	—	1	»	887	
M	31	—	— —	—	1	»	888	
M	35	—	— —	—	1	»	888	
M	37	—	— —	—	1	»	888	
M	28	—	— —	—	1	»	889	
M	43	—	— —	—	1	»	889	Hémorrhoïdes concomitantes.
M	49	—	— —	—	1	»	890	
F	26	—	— —	—	1	»	890	
M	43	—	— —	—	1	»	890	
M	29	—	— —	—	1	»	891	
M	51	—	— —	—	1	»	891	
M	52	—	— —	—	1	»	891	
M	47	—	— —	—	1	»	892	
M	45	—	— —	—	1	»	893	
M	38	—	— —	—	1	»	893	
M	47	—	Fistule anale complete.	—	1	»	894	
M	68	—	— —	—	1	»	894	Il y avait en plus une sorte de diverticule kystique.
F	36	—	— —	—	1	»	895	
M	33	—	— —	—	1	»	896	
M	32	—	— —	—	1	»	896	
M	51	—	— —	—	1	»	896	
M	42	—	— —	—	1	»	897	
M	30	—	— —	—	1	»	898	Tuberculose pulmonaire au début.
M	33	—	— —	—	1	»	898	
M	39	—	— —	—	1	»	899	
M	51	—	— —	—	1	»	899	
M	67	—	— —	—	1	»	899	Erysipèle facial.
M	43	—	— —	—	1	»	900	
M	34	—	— —	—	1	»	901	
M	46	—	Quatre fistules anales complètes.	—	»	»	901	Sorti en bonne voie de guérison.
M	29	—	Deux — —	—	»	»	902	—
M	31	—	Végétations à l'anus et au gland.	Ablation au thermo-cautère.	1	»	903	
F	48	—	Végétations anales.	—	»	»	903	Fibrome utérin concomitant. Sort trois jours après l'opération.
F	38	—	Papillome péri-anal.	Ablation avec la curette de Volkmann.	1	»	904	
M	35	—	— —	Ablation avec la curette de Volkmann.	1	»	905	Ce papillome étendu à la fesse s'était développé sur une cicatrice

M	17	—	—	—	1	»	912	
M	20	—	Paraphimosis.	Débridement.	1	»	912	
M	20	—	—	—	1	»	913	Régularisation consécutive du prépuce.
M	28	—	—	—	1	»	913	
M	24	—	Symphyse du gland.	Libération.	1	»	914	
M	56	—	Epithélioma du gland.	Amputation de la verge.	1	»	916	
M	27	—	Abcès sous-cutané de la verge.	Incision.	1	»	917	
M	24	—	— —	—	1	»	917	
M	23	—	Calculs vésicaux.	Lithotritie.	1	»	925	Lithotritie rapide.
M	37	—	Rétrécissement de l'urèthre.	Uréthrotomie interne.	1	»	937	Elle a été faite avec l'uréthrotome électrique.
M	35	—	— —	—	1	»	943	Insuccès, comme ci-dessus, de la dilatation progressive. Uréthrotomie avec l'uréthrotome de Maisonneuve.
M	35	Albuminurie.	— —	—	1	»	955	
M	62	—	— —	Uréthrotomie interne.	1	»	957	Le rétrécissement siégeait dans la portion prostatique et s'était compliqué d'un abcès qui s'ouvrit spontanément.
M	58	Mauvais.	— —	Uréthrotomie externe.	»	1	958	Rétrécissement infranchissable : impossibilité de retrouver le bout central. Taille sus-pubienne et cathétérisme récurrent. Mort par infiltration urineuse, un mois après.
M	54	Satisfaisant.	Rétrécissement de l'urèthre, fistule uréthro-périnéale.	Uréthrotomie externe. Restauration du canal.	»	1	962	Le rétrécissement était d'origine traumatique. Mort par infection purulente le sixième jour.
M	43	—	Infiltration d'urine.	Incisions multiples.	1	»	964	A subi l'uréthrotomie pour un rétrécissement blennorrhagique en 1873.
M	36	—	Hématocèle du scrotum.	Incision et drainage.	1	»	969	
M	25	—	Vaginalite chronique.	Castration.	1	»	972	Il y avait atrophie testiculaire et douleurs atroces, c'est pour cela que nous l'avons opéré.
M	50	—	Hydrocèle.	Injection de teinture d'iode au tiers.	1	»	974	Sans causes appréciables.
M	50	—	—	— —	1	»	974	—
M	51	—	—	— —	1	»	974	—
M	54	—	—	— —	1	»	975	—
M	23	—	—	— —	1	»	975	Est survenue après une chute, mais sans que le testicule ait porté.
M	55	—	—	— —	1	»	976	—
M	59	—	—	— —	1	»	977	—
M	51	—	—	— —	1	»	977	—
M	54	—	—	— —	1	»	978	—
M	55	—	—	— —	1	»	978	—
M	43	—	—	Injection d'une solution de nitrate d'argent.	1	»	978	—
M	53	—	—	Injection iodée au tiers.	1	»	979	—

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
M	25	Satisfaisant.	Hydrocèle.	Injection iodée au tiers.	1	»	980	
M	53	—	—	— —	1	»	980	
M	50	—	—	— —	1	»	981	
M	35	—	—	— —	1	»	981	
M	57	—	— double.	— —	1	»	981	L'injection n'a été faite que d'un côté : l'autre hydrocèle est restée la même.
M	10	—	— —	— —	1	»	982	Une seule hydrocèle injectée, l'autre a presque disparu.
M	45	—	— —	— —	1	»	983	
M	45	—	— —	— —	1	»	983	
M	36	—	— —	— —	1	»	984	
M	60	—	Hydro-hématocèle.	Évacuation simple.	»	»	985	Pas de causes. Est sorti cinq jours après la ponction.
M	18	—	Hématocèle.	Incision.	1	»	986	Traumatisme.
M	34	—	— du cordon.	—	1	»	986	—
M	25	—	Vaginalite avec épanchement.	Ponction.	1	»	991	Elle était symptomatique d'une orchite blennorrhagique.
M	51	—	Kyste spermatique double.	—	1	»	992	Accidents inflammatoires consécutifs du scrotum par imprudence du malade, sans gravité du reste.
M	32	—	Tubercules de l'épididyme et du cordon.	Raclage et cautérisation.	1	»	1000	
M	66	—	Tubercules du testicule.	Castration.	1	»	1001	
M	.9	—	— et épanchement vaginal.	Ponction et injection iodée.	»	»	1006	Amélioration.
M	48	—	Sarcome kystique du testicule.	Castration.	1	»	1008	
F	47	—	Kyste de l'ovaire.	Ponction par le vagin.	»	»	1018	Cette tumeur faisait une saillie notable dans le vagin ; c'est pour cela que nous avons pris cette voie.
F	66	—	—	Ponctions répétées.	»	»	1019	
F	48	—	—	Ponction.	»	»	1020	
F	63	—	—	—	»	»	1022	
F	37	—	Polype fibreux de l'utérus.	Ablation au thermo-cautère.	1	»	1030	Nous avons dû, au préalable, débrider le col.
F	59	—	— —	Ablation par la ligature progressive.	1	»	1031	
F	45	—	— —	— —	1	»	1032	
F	43	Débilité.	— —	Ablation au thermo-cautère.	1	»	1033	
F	44	Mauvais.	— —	Ablation avec le forceps-scie.	»	1	1033	Mort par septicémie qui l'a emportée en quarante huit heures, quinze
F	[illegible]	Satisfaisant.	— —	Ablation avec le serre-nœud.	1	»	1034	Le polype était intra-utérin.

								le soir de l'opération : va bien pendant vingt-six jours, puis péritonite suraiguë *a frigore* et mort.
F	46	—	Fibrome interstitiel de la levre antérieure du col.	Ablation avec l'anse galvanique.	1	»	1036	
F	29	—	Hypertrophie des petites lèvres.	Ablation avec des ciseaux.	1	»	1040	
F	19	—	Végétations de la vulve.	Ablation au thermo-cautère.	1	»	1041	
F	48	—	— ano-vulvaires.	Ablation avec des ciseaux.	1	»	1042	
F	19	—	— —	Grattage.	1	»	1043	
F	47	—	Sarcome mélanique de la grande lèvre droite.	Ablation au thermo-cautère, par morcellement.	»	1	1044	Cicatrisation presque complète, mais récidive dans l'autre lèvre. Mort trois mois après l'opération.
F	45	—	Epithélioma du clitoris.	Ablation au bistouri.	»	1	1845	Érysipèle huit jours après l'opération et mort.
F	44	—	Epithélioma vulvaire.	Ablation au thermo-cautère.	1	1	1047	
F	11	—	Bartholinite.	Incision.	1	»	1047	
F	35	—	Bartholinite double.	Incision. Drainage.	1	»	1048	Avait déjà eu un abcès d'un côté trois ans avant.
F	25	—	Kyste du vagin.	Extirpation.	1	»	1049	
F	32	—	Obstruction du vagin.	Restauration du vagin.	1	»	1050	Il était consécutif à un accouchement : il sortit deux litres de sang mêlé de pus.
F	49	—	Fistule utéro-vésico-vaginale.	Oblitération vaginale.	1	»	1052	
F	22	—	Fistules recto et vésico-vaginale.	Opération de la fistule recto-vaginale (avivement et suture).	1	»	1053	L'autre fistule sera opérée plus tard.
F	18	—	Fistule recto-vaginale.	Opération (section du pont et périnéorrhaphie).	1	»	1054	
F	37	Mauvais.	Kyste suppuré du rein.	Néphrotomie.	1	»	1055	Cette observation est reproduite dans la thèse de Brodeur. Paris, 1886, p. 114.
F	42	Satisfaisant.	K. séro-purulent du bulbe de l'urethre.	Ablation par le bistouri.	1	»	1057	
F	30	—	Polype fibreux de l'urèthre.	Ablation au bistouri	1	»	1059	
F	19	—	Polype muqueux de l'urèthre.	—	1	»	1059	
F	19	—	Abcès du sein.	Incision.	1	»	1068	
F	21	—	—	—	1	»	1068	
F	22	—		—	1	»	1068	
F	19	—	Tumeur adénoïde du sein.	Ablation au bistouri.	1	»	106[illegible]	
F	41	—	— —	—	1	»	1070	
F	26	—	Adénome des deux mamelles.	—	1	»	1071	Nous nous sommes borné à l'ablation des deux tumeurs, sans enlever de tissu mammaire.
F	25	—	Fibro-sarcome du sein.	—	1	»	1072	
F	66	—	Sarcome kystique du sein.	—	1	»	1072	
F	23	—	— —	—	1	»	1073	
F	46	—	Sarcome du sein.	—	1	1	1074	Mort le vingt-sixième jour par urémie due à une néphrite latente.
F	30	—	—	—	1	»	1075	
M	61	—	Epithélioma de la région mammaire.	—	1	»	1076	C'est le seul cas que nous ayons ces deux années-ci chez l'homme.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
F	40	Satisfaisant.	Epithélioma du sein.	Ablation au bistouri.	»	1	1077	Érysipèle bâtard le troisième jour, puis pleurésie et pneumonie, et mort le septième jour.
F	41	—	—	—	1	»	1078	Il avait débuté par la peau.
F	63	—	—	—	1	»	1079	
F	52	—	Squirrhe du sein.	—	1	»	1081	
F	55	—	—	—	1	»	1081	
F	56	—	—	—	»	1	1082	Mort le neuvième jour : pneumonie.
F	57	—	—	—	1	»	1083	
F	68	—	—	—	»	1	1085	Érysipèle le septième jour, et mort le treizième.
F	43	—	—	—	1	»	1085	
F	31	—	—	—	1	»	1086	Il paraît s'être développé pendant l'allaitement et avait débuté par une poussée aiguë.
F	64	—	—	—	1	»	1087	
F	47	—	—	—	1	»	1087	
F	56	—	—	—	»	1	1088	Mort le sixième jour, sans causes bien apparentes (opposit. à l'autopsie).
F	41	—	—	—	1	»	1089	
F	63	—	—	—	1	»	1089	
F	42	—	—	—	1	»	1091	
F	75	—	Carcinome kystique du sein.	—	1	»	1091	
F	52	—	Encéphaloïde du sein.	—	1	»	1092	
F	45	—	—	—	1	»	1093	
F	45	—	—	—	»	1	1094	Mort le cinquième jour, cancer latent du poumon.
F	56	—	—	—	1	»	1095	
F	39	—	—	—	1	»	1096	
F	52	—	Epithélioma du cuir chevelu.	—	1	»	1097	
F	58	—	Kyste fœtal du cuir chevelu.	—	1	»	1097	
F	3 m	—	Papillomes multiples de la peau.	—	1	»	1099	
M	36	—	Fibrome du front.	—	1	»	1100	Nous n'avons enlevé que les plus gênants.
F	20	—	Kyste sébacé du front.	—	1	»	1101	
M	40	—	— de la joue.	—	1	»	1101	
M	39	—	— —	—	1	»	1102	
M	29	—	— —	—	1	»	1102	
M	24	—	— —	—	1	»	1102	

M	73							pré-auriculaire que nous avons enlevée.
F	17	—	Hypertrophie ganglionnaire latéro-maxillaire.	—	1	»	1106	
M	62	—	Cancroïde de la joue.	—	1	»	1107	
M	73	—	—	—	1	»	1107	
M	70	—	—	—	1	»	1108	
M	36	—	—	—	1	»	1109	
F	60	—	—	—	1	»	1110	
F	72	—	—	—	1	»	1111	
F	32	—	Cancer mélanique de la face.	—	1	»	1112	Avait déjà été opéré en juillet 1880.
M	52	—	Hygroma de la main.	Incision.	»	1	1113	Erysipèle, quelques jours après l'opération : phlegmon du bras et mort.
M	58	—	Epithélioma au niveau de l'angle de la mâchoire.	Ablation au bistouri.	1	»	1114	
M	27	—	Adéno-phlegmon du maxillaire.	Drainage.	1	»	1116	Consécutif à de la carie dentaire.
M	21	—	Adénite caséeuse parotidienne.	Ablation au bistouri.	1	»	1121	
M	31	—	Hypertrophie partielle de la parotide.	—	1	»	1121	Sorti après l'opération.
M	17	—	Hypertrophie ganglionnaire de la région parotidienne.	—	1	»	1122	
M	55	—	Sarcome de la région parotidienne et lipome sous-maxillaire.	Ablation des deux tumeurs.	1	»	1123	
M	27	—	Loupe près de l'angle de la mâchoire.	—	1	»	1129	
M	23	—	Adéno-phlegmon sous-maxillaire.	Incision. Drainage.	1	»	1129	
M	29	—	— —	—	1	»	1130	
M	39	—	— —	—	1	»	1130	Par carie dentaire.
M	27	—	— —	—	1	»	1131	
M	31	—	— —	—	1	»	1131	
M	41	—	Adénite subaiguë sous-maxillaire.	—	1	»	1132	
M	24	—	Adénite tuberculeuse	Grattage.	1	»	1133	
F	24	—	Hypertrophie ganglionnaire.	Ablation.	1	»	1133	
M	38	—	— —	—	1	»	1134	
M	15	—	Kyste dermoïde sus-hyoïdien.	—	1	»	1135	
F	21	—	Adénite caséeuse sus-hyoïdienne.	—	1	»	1136	
M	25	—	Kystes sébacés rétro-auriculaires.	—	1	»	1137	
M	45	—	Kyste suppuré du cou.	Drainage.	1	»	1137	
F	7	—	Retraction du sterno-mastoïdien.	Ténotomie.	1	»	1138	
F	19	—	Adéno-phlegmon sus-claviculaire.	Incision.	1	»	1139	
M	19	Scrofuleux.	Adénite suppurée.	—	1	»	1139	
M	18	—	Dégénérescence caséeuse des ganglions parotidiens.	Ablation.	1	»	1141	
F	26	—	Fongus d'un ganglion sterno-mastoïdien.	Ablation par morcellement.	1	»	1142	
F	27	Débilité.	Tumeur du corps thyroïde.	Ablation par le bistouri.	1	»	1145	
F	55	Satisfaisant.	Kyste du corps thyroïde.	Drainage.	1	»	1147	Le drainage a été fait avec le trocart du Dr Fauvel : injections iodées ; deux mois après, le résultat était très satisfaisant, mais le tube devait être encore gardé.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
F	41	Satisfaisant.	Phthisie laryngée.	Trachéotomie.	»	»	1148	Sort respirant bien avec sa canule.
F	49	—	—	—	»	»	1149	—
M	51	—	—	—	»	»	1149	—
F	51	—	—	—	»	»	1150	—
M	64	—	Sarcome du larynx.	—	»	»	1151	—
M	52	—	Epithélioma du larynx.	—	»	»	1151	—
F	52	—	— —	—	»	»	1152	—
M	46	—	Cancer de l'œsophage et du larynx.	—	»	»	1152	Sort peu soulagé avec sa canule.
F	41	—	Epithelioma du larynx.	—	»	»	1153	Sort très soulagé avec sa canule.
F	52	—	— —	—	»	»	1153	—
M	43	—	Anthrax du cou.	Incision cruciale.	1	»	1153	
M	49	—	Lipome de la nuque.	Ablation.	1	»	1154	
F	39	—	Lipomes multiples.	—	1	»	1154	Le plus volumineux seul a été enlevé.
F	33	—	Abcès froid sous-claviculaire.	Drainage.	»	»	1155	Amélioration.
M	37	—	Adeno-phlegmon sous-claviculaire.	—	1	»	1156	
M	48	—	Abcès sous-pectoral.	—	1	»	1157	Consécutif à une lymphangite du bras.
M	63	(Diabète insipide.)	Anthrax de la région pectorale.	Incision cruciale.	»	1	1157	Erysipèle neuf jours après l'incision, et mort.
M	[illegible]	—	Abcès froid de la région mammaire.	Drainage.	»	»	1159	Sort amélioré.
M	42	Assez satisfaisant.	Abcès froid de la région thoraco-abdominale.	—	»	»	1163	—
F	72	Cachectique.	Abcès froid de la région thoraco abdominale.	—	»	1	1163	Mort par cachexie.
M	48	Bon.	Kyste hydatique de la région sus-ombilicale.	Ponction et aspiration.	»	»	1164	Le malade sort après la ponction.
						»	1165	
M	18	—	Lipome de la paroi abdominale latérale.	Ablation.	1	»		
M	38	Cachectique.	Sarcome de la paroi abdominale.	Ablation par morcellement.	»	1	1165	La tumeur était énorme. Mort par choc douze heures après l'opération.
F	49	—	Abcès de la fosse iliaque interne.	Drainage.	»	»	1169	Sort avant guérison.
F	21	—	Abcès pelvi-crural.	—	»	1	1171	État consécutif d'un accouchement.
M	32	—	Abcès aigu sous-périostique de la fosse iliaque interne.	—	»	1	1173	Mort par cachexie.
M	34	—	Fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.	Debridement.	1	»	1179	
M	43	—	Abcès du périnée.	Incision.	1	»	1179	
M	42	—	—	—	1	»	1180	
M	[illegible]		—	—	1	»	1180	

M	39	—						
M	52	—	Abcès froid du dos.	Drainage.	»	»	1182	Sort amélioré par des injections iodées.
M	59	—	—	—	1	»	1182	
M	80	—	Anthrax du dos.	Incision.	1	»	1183	
M	52	—	Loupe du dos.	Ablation.	1	»	1183	
M	58	—	—	—	1	»	1183	
F	53	—	Lipome du dos.	—	1	»	1184	
F	53	—	Lipome sarcome du dos.	—	1	»	1884	
M	26	—	Abcès froid du moignon de l'épaule.	Drainage.	»	»	1187	Sort en bonne voie de guérison.
M	44	—	— —	—	»	»	1188	—
M	20	—	— —	—	1	»	1188	
F	32	—	Lipome de l'épaule.	Ablation.	1	»	1189	
M	63	—	—	—	1	»	1189	
M	30	Satisfaisant.	Adéno-phlegmon axillaire.	Incision.	1	»	1192	
M	17	—	— —	—	1	»	1192	
M	23	Satisfaisant.	— —	—	1	»	1192	
M	23	—	— —	—	1	»	1192	
M	32	—	— —	—	1	»	1193	
M	45	—	— —	—	1	»	1193	
M	32	—	— —	—	1	»	1193	
M	31	—	Abcès froid de l'aisselle.	—	1	»	1193	
M	6 1/2	—	Adénite caséeuse de l'aisselle.	Ablation.	1	»	1194	
M	23	—	— —	—	1	»	1195	
F	12 1/2	—	— —	—	1	»	1195	
F	20	—	— —	—	1	»	1196	
F	71	—	— —	—	1	»	1197	
M	19	—	Hypertrophie des ganglions de l'aisselle et du cou.	—	1	»	1198	
M	39	—	Hypertrophie des ganglions de l'aisselle et du cou.	—	1	»	1199	
M	64	—	Sarcome des ganglions axillaires.	—	1	»	1201	
M	43	—	Phlegmon diffus du bras.	Incisions multiples.	»	1	1202	Pas de causes de phlegmon autres que le surmenage. Néphrite à l'autopsie.
M	19	Bon.	Phlegmon du bras.	—	1	»	1203	Dû à une contusion.
M	36	—	Kyste suppuré de la partie moyenne du bras.	Drainage.	1	»	1204	
F	49	—	Kyste hydatique du bras.	Résection de la poche.	»	»	1205	Sort en bonne voie de guérison peu après.
F	17	—	Papillome du bras.	Ablation.	1	»	1205	
F	49	—	Lipome du bras.	—	1	»	1206	
F	55	—	Lipome du bras.	—	1	»	1206	
M	30	—	Sarcome du bras.	Amputation du bras.	1	»	1206	
F	24	—	Sarcome du bras.	Ablation.	1	»	1208	Sort en bonne voie de cicatrisation. Il persiste de l'anesthésie partielle dans la sphère des nerfs médian et cubital, compris dans la tumeur.
M	30	—	Abcès du coude.	Incision.	1	»	1212	
M	47	—	—	Incision.	1	»	1212	

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		PAGE DE L'OUVRAGE.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT.		
M	56	—	Phlegmon de l'avant-bras.	Incision.	1	»	1213	Nous avions enlevé trois mois avant un morceau de verre de l'avant-bras de ce malade : l'abcès siège au même endroit.
M	17	—	Kyste synovial du poignet.	Injection iodée.	1	»	1219	
M	35	—	Production ostéo-cartilagineuse de la bourse péritendineuse du poignet.	Ablation.	1	»	1219	Un phlegmon de la gaine a retardé un peu la guérison.
M	30	—	Sarcome de la gaine des fléchisseurs.	Amputation de l'avant-bras.	1	»	1221	
M	56	—	Abcès intermétacarpien.	Incision. Ablation d'une écharde.	1	»	1222	Cette écharde était là depuis trois ans.
F	18	—	Phlegmon superficiel de la main.	Incision.	1	»	1223	
M	12	—	Papillome du dos de la main.	Ablation.	»	»	1223	Sort après l'opération.
M	64	—	Epithélioma du dos de la main.	Ablation au thermo-cautère.	»	»	1223	Sorti en bonne voie de cicatrisation.
M	36	—	— —	Amputation de l'avant-bras.	1	»	1224	
M	20	—	Panaris profond.	Incision.	1	»	1226	
M	42	—	—	—	1	»	1226	Il a fallu enlever la phalangette nécrosée.
M	28	—	Panaris profond.	—	1	»	1226	
M	46	—	—	—	1	»	1227	Ablation de la phalangette nécrosée.
F	48	—	—	—	1	»	1227	
M	62	—	—	—	1	»	1227	Quatorze jours après l'incision : poussée phlegmoneuse dans la main, guérie par une incision.
M	50	—	Enchondrome du doigt.	Désarticulation.	1	»	1228	
F	70	—	Epithélioma de l'auriculaire.	—	1	»	1228	
M	39	—	Molluscums multiples.	Ablation de quelques-uns.	1	»	1229	
F	24	—	Abcès par congestion du trochanter.	Ponction.	»	»	1230	Sort dix jours après ; le pus ne s'était pas reproduit.
M	48	—	Abcès froid trochantérien.	Drainage.	»	»	1232	Sort avec son tube, très amélioré.
M	24	—	— —	—	»	»	1232	—
M	41	—	— —	—	»	»	1233	—
M	62	Débilité.	Lipome de la fesse.	Ablation.	1	»	1234	
M	62	Lymphatique.	Abcès subaigu de l'aine.	Drainage.	1	»	1237	
M	15	—	—	Incision.	1	»	1237	
M	32	—	Adénite aiguë suppurée de l'aine.	—	1	»	1238	
F	49	—	Bubon suppuré.	—	1	»	1238	
M	17	—	Abcès froid de l'aine.	Ponction.	»	»	1239	Amélioré.
M	58	—	Kyste séro-purulent de l'aine.	Incision.	»	»	1240	Sort très amélioré.
M	60	—	Kyste huileux de l'aine.	—	1	»	1240	
			Phlegmon de la cuisse		1		[illegible]	

								phlegmoneuse. État graisseux des viscères à l'autopsie.
M	17	—	Rétraction du tendon d'Achille.	Ténotomie.	1	»	1247	C'était consécutif à une paralysie infantile.
M	33	—	Hématome sous-aponévrotique de la cuisse.	Ablation de la poche.	1	»	1248	
F	21	—	Loupe de la cuisse.	—	1	»	1249	
M	22	—	Phlegmon hématique de la cuisse.	Incision.	1	»	1249	
M	13	—	Kyste sus-rotulien.	Ablation.	»	»	1250	Est emporté après l'opération.
M	63	—	Lipome de la cuisse.	—	1	»	1251	Erysipèle qui a parcouru tout le membre inférieur.
M	42	—	— —	—	1	»	1252	
F	22	—	Fibrome près du cul-de-sac sous-tricipital.	—	1	»	1263	
F	33	—	Sarcome intra-musculaire de la cuisse.	—	1	»	1251	
F	24	Satisfaisant.	— —	—	»	1	1255	Mort après deux hémorrhagies au huitième jour.
M	39	—	Phlegmon angioleucitique.	Incision. Drainage.	1	»	1259	
M	16	—	Abces du mollet.	—	1	»	1259	
M	17	—	Abcès tuberculeux autour du tendon d'Achille.	Résection des parois.	1	»	1260	
M	54	—	Sarcome de la jambe.	Amputation sus-condylienne de la cuisse.	»	1	1262	Sphacèle partiel des lambeaux à fusées purulentes dans la cuisse.
M	54	—	Phlegmon du dos du pied.	Incision.	1	»	1265	Pas d'abces métastatiques.
M	21	—	— —	—	1	»	1265	
M	20	—	Abcès chaud de la plante du pied.	—	1	»	1265	
M	22	—	— —	—	1	»	1266	
M	40	—	Pied bot cicatriciel.	Amputation de la jambe au lieu d'élection.	1	»	1266	Tendance étonnante au tremblement, qui a nécessité plusieurs fois le chloroforme pour le pansement.
F	3 1/2	—	Equin.	Ténotomie.	»	»	1267	Est reporté de suite chez ses parents.
M	45	—	Ostéo-arthrite du pied.	Ablation de la tête du premier métatarsien et de la phalange.	1	»	1271	C'était consécutif à un mal perforant.
M	29	—	Kyste tendineux du cou-de-pied.	Ponction.	1	»	1272	Mort par cachexie six mois après.
M	71	—	Cancroïde du talon.	Ablation au thermo-cautère.	1	1	1272	
F	7	—	Orteil surnuméraire.	Amputation.	1	»	1273	
M	18	—	Onyxis.	Ablation de la moitié correspondante de l'ongle.	1	»	1274	
M	19	—	—	—	1	»	1274	
M	23	—	—	—	1	»	1274	
M	29	—	—	—	1	»	1274	
M	17	—	—	—	1	»	1275	
M	40	—	Mal perforant du deuxième orteil gauche.	Amputation de l'orteil.	1	»	1277	
M	50	—	Enchondrome du gros orteil.	Amputation.	1	»	1279	Lymphangite de la jambe.

CONSIDÉRATIONS

A PROPOS DES TABLEAUX DE STATISTIQUE

Dans les précédents volumes, nous avons insisté sur le choix des méthodes anesthésiques, sur les principales modifications que nous avons apportées au manuel des opérations, sur les pansements qui nous ont le mieux permis d'abréger la cicatrisation des plaies et de mettre ces dernières à l'abri des complications.

En ce qui concerne l'anesthésie, nous avons renoncé à employer, dans notre pratique hospitalière, le protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène, parce que cette méthode exige que l'on se serve de l'air comprimé et qu'il faut pour cela un appareil spécial. Or, bien qu'à l'hôpital Saint-Louis nous ayons une chambre métallique construite dans ce but, parfaitement agencée, pouvant contenir une vingtaine de personnes, celle-ci est réellement insuffisante, eu égard au nombre d'auditeurs qui suivent notre clinique. Nous donnons actuellement la préférence aux mélanges titrés de chloroforme et d'air, suivant la méthode de P. Bert, que nous avons exposée avec détails dans le tome IV de nos *Cliniques*, p. 1059.

En ce qui concerne le manuel des opérations, nous n'avons rien négligé pour en assurer le succès. Les observations que nous avons publiées dans ce volume montrent le parti que l'on peut tirer de nos pinces pour obtenir l'hémostasie préventive, temporaire et définitive. Nous ne saurions trop engager les opérateurs qui veulent nous imiter à en prendre connaissance. Il nous semble que dans les deux premiers volumes de ces Cliniques, nous avons exposé clairement les règles qui doivent présider à ce mode d'hémos-

tase et démontré que, pour chaque région, à côté de pinces d'un modèle courant, le chirurgien doit se munir d'autres pinces de formes variées, appropriées à la région et dont les modèles ont été acceptés depuis plus de vingt ans par tous les opérateurs. Nous sommes d'autant plus porté à le croire que tous ceux qui ont cherché à nous les disputer les ont prises toutes faites chez nos frabricants, oubliant seulement de dire le nom de l'inventeur. Il nous semble aussi que nous n'avons rien d'important à ajouter sur la manière de les appliquer, et sur notre méthode de *morcellement* à laquelle nous attachons un grand prix et dont nous avons démontré les avantages dans le tome III, p. 915, pour l'ablation des tumeurs profondément situées. Cependant ceux qui ne nous ont pas vu à l'œuvre nous demandent si souvent à ce sujet des renseignements plus circonstanciés que nous avons jugé utile de publier, à propos de cette méthode, de nouvelles leçons ornées de nombreuses figures afin de la faire comprendre. Toutefois, en raison des matériaux déjà trop considérables contenus dans ce volume, nous réserverons la publication de ces leçons pour le tome VII.

On y verra que non seulement le morcellement abrège la durée des opérations, mais encore qu'il permet de bien respecter les organes qui entourent les tumeurs.

Nous n'insisterons pas ici sur d'autres points auxquels nous attachons une réelle importance, tels que la longueur qu'il faut donner aux incisions préliminaires, lorsqu'il s'agit d'opérer dans des régions profondes, ces incisions libératrices ne nuisant en rien à la réunion par première intention; — le choix des pinces et des instruments qui sont indispensables pour faciliter le morcellement; les avantages que l'on retire des nouveaux pansements rares, antiseptiques, à l'iodoforme ou au sublimé, de la propreté, de l'hygiène et de l'isolement des malades. Disons toutefois qu'après avoir lutté pendant plus de seize ans pour obtenir, le premier en France, des salles d'isolement, nous avons été, cette année, obligé de lutter encore contre la routine administrative pour les conserver. Nous avons vu l'instant où ces salles allaient nous

être retirées, sous le singulier prétexte que les érysipèles, la pourriture d'hôpital et l'infection purulente avaient disparu de notre service, comme si ce n'était pas le meilleur argument en leur faveur! Heureusement, une fois encore nous avons pu faire triompher le bon sens. Notons enfin que le premier à Paris, nous avons pu obtenir l'éclairage électrique, pour les opérations profondes. Ce mode d'éclairage est indispensable lorsque le temps est obscur.

Grâce aux précautions prises, nous sommes parvenus à obtenir la réunion, par première intention, et presque sans suppuration, des plaies les plus graves, sans voir apparaître ces complications fâcheuses qui se multipliaient autrefois sous les formes contagieuses et épidémiques, et qui, alors que nous étions interne, il y a plus de trente ans, dans le service que nous dirigeons aujourd'hui, décimaient les malades même non opérés. N'avons-nous pas vu, à cette époque, malgré la plus exquise propreté, malgré les plus grands soins, les érysipèles phlegmoneux ou gangréneux, l'infection purulente et la diphthérie faisant d'énormes ravages et emportant les malades à l'occasion de causes souvent insignifiantes, telles que l'ignipuncture, les piqûres de sangsues, voire même de simples cataplasmes, faute de salles d'isolement et de médicaments antiseptiques.

Les *tableaux statistiques* que nous venons de publier montrent que les 1250 malades dont les observations font le sujet de ce volume ont été plus heureux.

Sur les 1250, 564 ont été opérés.

Un premier groupe contient 107 ouvertures d'abcès chauds ou froids importants avec 3 morts seulement, 2 par épuisement, 1 par delirium tremens.

Le second groupe comprend 457 grandes opérations faites pour des tumeurs liquides ou solides, des évidements et des résections osseuses, des amputations, des désarticulations, etc.

Sur ces 457 opérés, 34 ont succombé pour des motifs dépendant ou non de l'opération. C'est ainsi que dans 16 cas il y a eu :

Mort immédiate par le chloroforme	1 cas.
Hémorrhagies secondaires	2 —
Tétanos	1 —
Méningo-encéphalite	1 —
Érysipèle	5 —
Infection purulente	2 —
Septicémie aiguë	2 —
Péritonite	1 —
Pneumonie	1 —

que chez 18 autres la mort est survenue par :

Congestion pulmonaire après kélotomie	2 cas.
Étranglement interne ayant emporté le malade à la suite de hernie étranglée et opérée	2 —
Accidents urémiques	3 —
Granulie	1 —
Coma diabétique	1 —
Septicémie chronique ou cachexie	6 —
Causes inappréciables	3 —

et que les autres opérés, au nombre de 403, sont sortis assez bien guéris pour qu'ils pussent continuer à se soigner chez eux.

APPENDICE

Les observations que nous publions ici, sous forme de tableaux, représentent la totalité des opérations de gastrotomie que nous avons pratiquées pendant l'année 1885. Elles forment une série de 112 cas, dont 59 se rattachent aux tumeurs de l'ovaire et du ligament large, 7 au mésentère, 7 au péritoine, 4 aux reins, 3 au foie ou à la vésicule biliaire, 1 à l'estomac et 30 à l'utérus.

CINQUIÈME SÉRIE

DES GASTROTOMIES PRATIQUÉES POUR L'ABLATION DES TUMEURS DE L'OVAIRE, DU LIGAMENT LARGE, DE L'ÉPIPLOON, DU MÉSENTÈRE, DU BASSIN, DU PÉRITOINE, DU REIN, DU FOIE, DE LA VÉSICULE BILIAIRE, DE L'ESTOMAC ET DE L'UTÉRUS.

Depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre 1885.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						§ I. — Ovaire et ligament large.		
675	5 janvier 1885. Dr Nonat.	25	D.	U.	Pu.	Réglée à 14 ans; non mariée; grande, amaigrie. Début reconnu par Nonat, il y a dix-huit mois, du côté droit. Douleurs continuelles; troubles digestifs depuis plusieurs mois, avec fièvre vespérine. T = 39, P = 116. La gastrotomie montre des adhérences généralisées à la paroi abdominale et au fond du bassin. Incision longue; dissection difficile. 2 ligatures perdues sur des brides épiploïques réséquées; 2 sur le fond du bassin. Pédicule étroit, tordu deux fois sur lui-même; lié en deux parties et réduit. Drainage du péritoine pendant 48 heures. Durée de l'opération : 35 minutes.	Guérison.	
676	6 janvier 1885. Dr de Fromentel.	29	Les 2 ovaires et les 2 ligaments larges, l'utérus, le bassin, le péritoine abdominal et pelvien, et les ganglions mésentériques.	Mixt.	Epithélioma généralisé.	Réglée à 14 ans; non mariée. Modiste. Cachectique, aspect de phtisique tuberculeuse, bien qu'il n'y ait rien dans le sommet des poumons. Mère et grand'mère mortes de cancer utérin. Frère mort de phtisie pulmonaire. Douleurs et métrorrhagies depuis 5 ans. Développement rapide depuis 1 an. Il y a 6 mois, son médecin découvre une tumeur solide au niveau de la paroi postérieure de l'utérus, qui s'élève peu à peu dans l'abdomen à mesure que la tumeur augmente et remplit le bassin, et devient fixe dans l'espace de 1 mois. Depuis lors, apparition de tumeurs multiples au niveau des deux fosses iliaques et du mésentère, et, depuis 15 jours, d'ascite. Pas de ponction. L'hérédité, la marche rapide de la maladie et les signes physiques permettent de diagnostiquer la nature des tumeurs. L'incision est tentée sur la volonté formelle de la malade, à cause des douleurs et de la tuméfaction, qui rendent la vie intolérable. Incision du pubis à l'épigastre; donne 6 litres d'ascite sanguinolente. Le paquet intestinal est masqué par une grande masse, en partie solide, en partie liquide. 2 loges ponctionnées donnent chacune 1 litre de sérosité sanguinolente, 1 autre, 1 litre de pus. Extraction du reste de la tumeur, qui est solide. Les adhérences intestinales s'opposent. Dans la crainte de les déchirer, je lie par portions cette masse avec des anses de fil de fer et le serre-nœud, et j'enlève par morcellement. La section ne pouvant être poussée loin, à cause de la friabilité du tissu, je me sers de mes pinces hémostatiques à mors longs, droits et courbes, pour attirer les portions restantes, qui se déchirent pendant la dissection atten-	Suites immédiates favorables.	Est prise pendant la convalescence d'accidents méningitiques, auxquels elle succombe.

						tation en 4 portions et je la réduis. Je constate alors que le territoire pelvien et les ganglions mésentériques, de même que le bassin, sont farcis de dépôts encéphaloïdes, vasculaires, que je respecte. Toilette péritonéale difficile. Drainage du péritoine pendant 24 heures. 30 ligatures perdues, laissées sur l'intestin, l'épiploon et la paroi. Durée : 50 minutes.		
677	14 janvier 1885. Dr Servan.	30	D.	Aréol.	Mixt.	Réglée à 14 ans; non mariée. Très anémiée par fièvres paludéennes. Début reconnu il y a 2 ans, par masses solides au fond du bassin, sur le côté droit de l'utérus refoulé en antéversion. Développement rapide depuis 1 an. Ménorrhagies depuis 3 mois. Névralgies et polyurie intolérables. T = 36 avant l'opération; P = 108, petit. Frissons fréquents. Incision longue. Pas d'ascite. Adhérences très étendues à la paroi abdominale. L'incision d'une grande poche antérieure donne 5 kilogr. de liquide albumineux. Masse aréolaire extraite par broiement, pesant 6 kilogr. Adhérences à la vessie et à l'utérus, très étendues près du pédicule, qui est très large, lié en 3 parties et réduit. L'examen de la pièce, fait par Reyderer, montre que la tumeur est composée de kystes, d'une grande proportion de tissu fibreux mélangé de noyaux. Durée de l'opération : 40 minutes.	Guérison.	
678	20 janvier 1886. Dr Verron.	49	Kyste de l'ovaire droit et tumeur fibreuse du ligament large droit venant de l'utérus.	Multil.	Sé.	Réglée à 14 ans; mariée à 17; pas d'enfants. Grande, autrefois robuste. Très affaiblie par inanition causée par la marche rapide et le volume excessif que la tumeur a acquis depuis 2 mois. Incision courte à l'hypogastre. Elle donne issue à 1 litre d'ascite claire et montre un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, non adhérent, qui donne 20 litres de liquide séreux, limpide, un peu jaunâtre. Pédicule énorme saisi entre 2 ligatures partielles et 1 totale. Le kyste enlevé, nous trouvons dans le ligament large droit une énorme tumeur fibreuse, interstitielle, qui a pris naissance dans le côté droit de l'utérus. J'incise le feuillet péritonéal qui recouvre la tumeur, et je la dissèque avec le bistouri et les pinces jusqu'à son insertion sur l'utérus, sans avoir besoin de mettre celui-ci à nu sur ses faces antérieure et latérale. Je lie en 2 moitiés cette implantation au ras de l'utérus, et je recouvre la surface avec le feuillet séreux du ligament large, dont les bords sont fermés par suture, après avoir laissé au-dessous de lui les ligatures perdues. Durée : 25 minutes.	Guérison.	
679	28 janvier 1886. Dr Sandraz.	47	G.	Multil.	Hém. et Pu.	Réglée à 14 ans; mariée à 18. Robuste, malgré la syphilis qu'elle a contractée de son mari, il y a 27 ans, et qu'elle a communiquée à ses 5 enfants. Le premier enfant vint à terme mort-né. Les autres n'ont vécu que grâce à un traitement médical approprié, prescrit pendant les premières années de leur vie, et ont eu des rechutes graves vers l'âge de 13 à 16 ans. Tumeur remontant à l'épigastre, de volume moyen, très douloureuse à la pression. Incision courte. Pas d'ascite. Adhérences molles, peu vasculaires, générales. Plusieurs poches incisées, donnent 6 litres de liquide, les unes hématiques, couleur chocolat, les autres visqueuses, muco-purulentes, purulentes. Pédicule court, non tordu, d'épaisseur moyenne, saisi entre 2 ligatures partielles et 1 totale. Durée : 25 minutes. Pendant les 5 premiers jours, la température oscille entre 37° et 39°5, le pouls entre 80 et 90. Cette température élevée est due à l'apparition d'une fièvre à sudamina généralisés. Cette éruption apparaît le quatrième jour, et se termine le sixième par desquamation.	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES. IMMÉDIATES.	SUITES. ÉLOIGNÉES.
680	5 février 1885. Dr Valadier.	29	D.	Multil.	Hém et Pu.	Réglée à 13 ans; non mariée. Epuisée par misère, privations, volume excessif de la tumeur et douleurs continues. Ne peut plus marcher depuis plus de 6 mois. Début reconnu il y a 16 mois. Développement rapide depuis six mois. Incision longue. Pas d'ascite. Poches très grandes contenant 22 litres de liquide sanguin, purulent. Adhérences généralisées aux parois abdominales, à l'épiploon, à l'intestin grêle, nécessitant 15 ligatures perdues, et au bassin au niveau duquel 20 pinces sont laissées à demeure jusqu'à la fin de l'opération, et remplacées par 16 ligatures perdues. Pédicule long, grêle, non tordu, saisi entre 2 ligatures partielles et 1 totale. Toilette du péritoine difficile. Durée : 1 heure. Drainage du péritoine pendant 40 heures. Pas de fièvre à la suite de l'opération.	Guérison.	
681	10 février 1885. Hôpital.	20	G.	Unil.	Sé.	Réglée à 14 ans; non mariée. Scrofule dans l'enfance. Pâle, anémiée, lymphatique. Début reconnu, il y a deux ans, dans la fosse iliaque gauche. Douleurs et développement rapide depuis 3 mois. Parois minces, peu vasculaires. Incision courte. Pas d'ascite. La ponction du kyste donne issue à 6 litres de liquide clair, limpide, eau de roche. Pas d'adhérences. Pédicule long, mince, implanté dans l'ovaire gauche. Fibrome pédiculé du volume d'un œuf, implanté sur le fond de l'utérus : lié en 2 moitiés à ras du corps de l'organe qui est réduit. Durée : 40 minutes.	Guérison.	
682	12 février 1885. Dr Gallard.	19	D.	Multil.	Sé.	Réglée à 13 ans; non mariée. Très anémiée. Début reconnu il y a 2 ans. Développement rapide il y a 3 mois. Parois abdominales grasses. Incision courte. Kyste du volume du poing dans l'ovaire droit, donnant 1/2 litre de sérosité à la ponction. Pas d'adhérences. Pas d'ascite. Pédicule mince, lié et réduit. Durée : 12 minutes.	Guérison.	
683	24 février 1885. Dr Vignes.	36	D. et Ut.	Aréol. et péritonite enkystée.	Sé.	Réglée à 12 ans; mariée à 20; 2 enfants. Amaigrissement et épuisement extrême depuis 1 an, tels qu'un de nos accoucheurs les plus éminents, appelé il y a un an, à la suite d'une ponction, a diagnostiqué : cancer inopérable du péritoine, compliqué d'ascite. Début reconnu : 1 an. Il y a 5 mois, péritonite suraiguë, qui a mis la vie en péril. Depuis 6 semaines, deux ponctions ayant donné à chacune 20 litres de liquide. Depuis 15 jours, vomissements répétés par inanition, dyspnée, impossibilité de garder même les liquides par l'estomac; aménorrhée depuis plusieurs mois. L'analyse du liquide, faite par Méhu, confirme mon diagnostic : il s'agit d'un kyste ovarique, spontanément rompu dans le péritoine, il y a 5 mois. — Parois abdominales très minces, incisées du pubis à l'epigastre. Ecoulement de 15 litres de liquide séreux sortant de la cavité du péritoine, qui est violacé, vascularisé, couvert de dépôts, de membranes, de filaments dans toute son étendue, de sorte que j'en extrais avec les doigts, les pinces et les éponges, depuis la face inférieure du foie jusqu'au fond du bassin. Cette toilette fait saigner partout la surface de cette cavité anormale, qui est visiblement constituée par une péritonite enkystée	Guérison.	

						accolé au côté droit de l'utérus. On voit en effet que l'une des loges de ce kyste communique avec le foyer péritonéal par une fistule ovari-péritonéale, qui est reconnaissable à la présence d'un gros bourgeon vasculaire, en cul de poule, semblable à ceux qui se forment au niveau de points ponctionnés, qui ne se ferment pas. En détachant le kyste, nous reconnaissons que la trompe est hypertrophiée, épaissie, dilatée, kystique, indépendante de la tumeur ovarienne. Celle-ci possède un pédicule large, épais, qui est lié en 2 parties, excisé et réduit, en même temps que celui de la trompe. Le corps de l'utérus est hypertrophié, doublé de volume. En raison de la faiblesse de la malade. 2 injections sous-cutanées d'éther sont faites au cours de l'opération. Toilette et drainage hypogastrique du péritoine. Durée : 45 minutes. Suites des plus favorables.		
684	28 février 1885. Dr Chéron.	48	D.	Un.	Visqueux à cholestérine.	Réglée à 13 ans; mariée à 24; pas d'enfants. Obèse. Epuisée par le volume énorme de la tumeur. Début reconnu il y a 10 ans. Développement rapide depuis 16 mois. Incision courte malgré l'obésité des parois, qui sont peu saignantes. Pas d'ascite. Pas d'adhérences. Incision et attraction de la poche, dont les parois sont épaisses, peu vascularisées. 15 litres de liquide visqueux, jaunâtre, chargé de nombreuses paillettes de cholestérine. Pédicule épais, large, inséré sur la corne droite de l'uterus, recouvert d'une grande quantité de fibres musculaires hypertrophiées, qui partent de cet organe et sont reconnaissables au loin à leur coloration et à leur épaisseur à la surface du kyste. 2 ligatures partielles et 1 totale. La trompe dilatée et kystique, accolée à la surface et excisée, se trouve liée dans le pédicule. Durée : 20 minutes.	Guérison.	
685	28 février 1885. Hôpital.	65	G.	Un.	Sé.	Réglée à 15 ans; mariée à 45; pas d'enfants. Epuisée par le grand volume de la tumeur et par 16 ponctions depuis 2 ans. Début reconnu : 3 ans. Developpement rapide depuis 18 mois. Peu de douleurs. Parois abdominales minces, peu vasculaires. Incision courte. Pas d'adhérences. Ponction : 20 litres liquide blanchâtre, visqueux. Quelques aréoles au fond de la poche, près du pédicule, qui est long, lié en deux parties et réduit. Durée : 15 min.	Guérison.	
686	1er mars 1885. Dr Dumont.	62	G.	K. aréol. ov. dr. et du lig. large g.	Hém. et Pu.	Réglée à 12 ans; non mariée. Début reconnu il y a 10 ans. Amaigrissement extrême produit par gastralgies fréquentes, par le grand volume de la tumeur, par les douleurs et par 19 ponctions faites depuis 2 ans. Chaque ponction a donné 15 à 20 litres de liquide visqueux, à cholestérine. La dernière, faite il y a 15 jours par nous, au moment où elle est venue nous trouver, à cause de la dyspnée menaçante, a donné issue à 15 litres de liquide poisseux, couleur chocolat, et nous a permis de vider en grande partie la tumeur. Il était facile de reconnaître que la masse kystique était reliée par des adhérences généralisées aux parois de l'abdomen, surtout à l'hypogastre et à l'hypochondre droit. Chaque ponction a été le point de départ d'une péritonite aiguë, avec douleurs, vomissements verts, facies grippé, pouls filiforme, mettant la vie en danger, qui nécessitait le séjour au lit pendant 5 jours, de sorte que la malade ne pouvait s'alimenter que pendant 10 jours dans l'intervalle. Au moment où nous la vîmes, les veines sous-cutanées étaient dilatées, anastomosées avec celles de la région thoracique, comme si la veine cave inférieure était comprimée depuis longtemps, si bien qu'on avait cru qu'il y avait une tumeur cancéreuse compliquée de ganglions mésentériques. Le liquide-type, extrait par la ponction, nous a permis d'éloigner cette idée. Les battements du cœur et du pouls présentaient des intermittences, et la veine jugulaire externe était le siège	Guérison.	Est prise peu après de nouvelles crises de gastralgie qui l'empêchent de s'alimenter et la font succomber rapidement à l'inanition.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						de battements très accusés. Pouls = 100. Incision du pubis à l'ombilic, montrant que la paroi abdominale est très amincie (1/2 centimètre au plus), et nécessitant le pincement de 20 veines sous-cutanées, sans perdre de sang. Adhérences générales, très longues, fibreuses, chargées de vaissaux organisés, reliant les grosses veines doubles de la surface du kyste à la paroi abdominale et pelvienne, à l'épiploon, aux intestins, au foie, qui présentait une mobilité anormale, à la vésicule du fiel, qui était très distendue par une bile louche, jaunâtre, très aisément reconnaissable à travers ses parois minces et pâles, et a tous les viscères du bassin. Comme la malade était si épuisée, que la moindre perte de sang au cours de l'opération aurait entraîné la mort immédiate, nous appliquons une centaine de pinces sur les adhérences principales, avant de les détacher, et nous laissons 40 ligatures perdues dans l'abdomen et 8 dans le bassin, où des adhérences étaient épaisses, résistantes, très saignantes, surtout derrière l'utérus, dont le fond dut être lié et excisé. Pas d'ascite. Toilette du péritoine très attentive. Durée : 1 heure. Drainage péritonéal pendant 40 heures. A part la deuxième nuit, où le pouls s'élève à 108 et la température à 39, les suites de l'opération sont des meilleures, et pendant 15 jours la température varie de 37 à 38, et le pouls régulier de 76 a 84. Alimentation facile. Reprise rapide des forces.		
687	8 mars 1885. Hôpital.	28	D.	Aréol.	Sé.	Réglée à 11 ans 1/2; non mariée. Epuisée par douleurs et inanition. Début reconnu : 3 ans. Développement rapide depuis 1 an. Ventre énorme. Petite hernie ombilicale. Ascite. Parois abdominales minces, distendues, incisées du pubis au-dessus de l'exomphale, qui est réséquée. Parois du kyste blanches, minces, sans adhérences. Incision des loges donnant issue à 20 litres de liquide visqueux, grisâtre, jaunâtre ; 6 litres ascite. Pédicule long, implanté sur l'ovaire droit, lié et réduit. Adhérences nombreuses autour du pédicule avec le ligament large et le rectum (2 ligatures). Durée : 14 minutes.	Guérison.	
688	10 mars 1885. Dr Camus.	23	D.	Mult.	Sé.	Réglée à 12 ans; mariée à 22 ; 1 enfant. Maigre, blonde, très délicate. Développement rapide depuis 3 mois. Accouchée il y a 3 mois. Dystocie. Deux de nos collègues avaient diagnostiqué kyste hydatique, parce que la tumeur donnait un frémissement dit hydatique des plus nets à la percussion, bien différent du frottement péritonéal, que l'on obtient pendant les mouvements de déplacement. L'examen a démontré, comme nous l'avons vu plusieurs fois, que ce bruit de succussion tenait en pareil cas soit à la nature du liquide, soit à la disposition intérieure des poches concentriques. A travers les parois du ventre, minces et couvertes de vergetures, il était facile de plonger la main entre la tumeur et le pubis, ce qui avait fait croire à d'autres que le kyste siégeait dans l'épiploon ou dans le mésentère, d'autant plus qu'il était plutôt médian que latéral. Incision courte. Ponction donnant issue à 6 litres de liquide clair, eau de roche dans la grande loge, 2 litres de liquide clair, citrin dans les petites. Pas d'adhérences. Pas d'ascite. Pédicule long et étroit lié en 2 parties et réduit. [illegible]	Guérison.	

						...ession. Bien qu'elle ne soit ni créole ni mulâtre, née de parents qui ont toujours habité la Picardie, elle a la peau du ventre pigmentée, aussi noire que la figure des charbonniers ou des maréchaux-ferrants. Début reconnu il y a 12 ans, du côté droit. Développement rapide depuis 1 an. Depuis 3 mois elle ne prenait plus d'aliments solides, parce qu'elle les vomissait et ne pouvait les tolérer. En raison du grand volume et de la dyspnée, nécessité de la ponctionner, il y a 8 jours. La ponction avait donné 15 litres de liquide hématique, couleur chocolat. Incision longue à travers la peau dure, épaisse, montrant la poche devenue flasque, à parois dures, épaissies par le retrait qui a succédé à la ponction. Inutile de la ponctionner à nouveau. Il suffit, pour l'extraire, de détacher avec la main les adhérences qui sont générales et très vasculaires, fibreuses et résistantes du côté de la paroi abdominale. 16 pinces sur les principaux vaisseaux, au cours de l'opération. 6 ligatures perdues. Un peu d'ascite. Pédicule très large, très épais, non tordu. Sa largeur et son épaisseur avaient sans doute empêché la torsion; lié en 2 parties et réduit. Peau du ventre difficile à traverser avec les aiguilles pendant la fermeture des parois, à cause de la dureté du derme. Suites des plus simples. Durée : 30 minutes.		
690	16 mars 1885. Dr Michel.	28	D.	Mult.	Visq.	Réglée à 14 ans; mariée à 20 ans; 5 enfants. Nervosisme. Brune, très délicate, affaiblie. Née en Algérie, où elle a toujours vécu. Tolère mal le chloroforme et a plusieurs syncopes, bien que nous ayons recours à l'appareil de P. Bert et Dubois pour l'anesthésie. Incision courte. Parois du ventre tellement minces que la section des parois faite avec une extrême prudence, arrive du premier coup sur la paroi du kyste. La portion aréolaire du kyste, dont les bosselures étaient reconnaissables, même à la vue, à travers la peau, se présente la première. Incisée et broyée, elle donne 2 litres de liquide visqueux, jaunâtre, et permet d'ouvrir ensuite la grande loge, qui contient 10 litres de liquide citrin, peu filant. Pas d'adhérences. Pas d'ascite. Pédicule long, lié en 2 parties et réduit. Durée : 14 min.		
691	25 mars 1885. Dr de Courtys.	34	Sarcome kystique du ligam. large droit et des ganglions mésentériques et iliaques internes du côté droit.		Hém.	Réglée à 13 ans; mariée à 20 ans; pas d'enfants. Début reconnu il y a 1 an. Développement rapide depuis 7 mois. Depuis 3 mois, l'auscultation des sommets montre une phtisie commençante, d'autant plus inquiétante que sa mère et trois sœurs sont mortes jeunes de phtisie pulmonaire. Depuis 18 mois, chaque menstruation est très douloureuse, dure 12 à 13 jours, et est accompagnée de poussées de péritonite, qui souvent se prolongent dans l'intervalle. Il en résulte pâleur de la face et profonde altération des traits. Les vomissements et la toux sont continuels. Pas d'hémoptysies. Anémie au maximum. L'inanition est encore augmentée par le découragement provenant de l'abandon dans lequel l'ont laissée plusieurs de mes collègues des hôpitaux, qui ont refusé l'opération depuis 5 mois. Deux d'entre eux l'ont vue recemment et ont diagnostiqué un fibrome utérin enflammé, trop volumineux pour être opérable. Le siège, la fluctuation, l'élévation du pubis et de l'utérus m'avaient fait espérer qu'il s'agissait peut-être d'un kyste aréolaire suppuré ou tuberculeux du ligament large, et fait consentir à opérer presque *in extremis*, à cause des souffrances intolérables et des supplications de la malade. Anesthésie chloroformique bien supportée. Incision longue, montrant d'emblée le feuillet droit du mésentère et le ligament large, soulevé et étalé à la surface de la tumeur, sur toute son étendue, en même temps que deux anses d'intestin grêle. La couleur et la consistance de la tumeur, vues à travers ces feuillets, font croire tout d'abord à		Le 5e jour, les quintes de toux se multipliant, des hémoptysies graves apparaissent, affaiblissent la malade et causent la mort en augmentant l'épuisement.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						un fibrome enflammé, devenu verdâtre. Nécessité de prolonger l'incision jusqu'à l'épigastre, pour voir la partie supérieure, qui est solide, bosselée, blanchâtre, recouverte de fausses membranes, divisée par des étranglements profonds, parsemées de bosselures petites, noueuses, adhérentes au foie et au côlon transverse, dont il est difficile de les détacher. 6 ligatures perdues à leur niveau. La ponction de la masse centrale, qui paraît fluctuante, ne donne rien. Difficulté d'abaisser la partie supérieure et de la faire basculer, à cause de son volume. Je diminue celui-ci avec le pincement au moyen de pinces à mors longs et courbes, et le morcellement. Puis je l'enveloppe avec des serviettes qui permettent de prendre un point d'appui et de poursuivre la dissection à travers le mésentère. Voyant la difficulté de faire sortir la tumeur persister, je ponctionne la partie inférieure sur 3 points ramollis, et j'évacue deux loges, qui contiennent chacune 2 à 4 litres de liquide sanguin et purulent. Grâce à la diminution de volume qui en résulte, je puis attirer la masse principale. Je constate que les intestins, l'épiploon, les parois du bassin sont très adhérents en arrière et sur les côtés (20 ligatures perdues). La dissection du mésentère et de trois ganglions accolés est assez facile; celle du ligament large droit très difficile à cause de l'état sclérotique dû au voisinage des cavités suppurées de la tumeur. Pincement des feuillets. Prolongements digitiformes de la tumeur dans la fosse iliaque droite, sous le cæcum, noueux, et deux ganglions iliaques dégénérés, friables, disséqués (5 ligatures perdues). Dissection très difficile de la portion pelvienne au niveau de l'utérus, qui est envahi par la tumeur et dont le corps est réséqué et lié en 2 parties, au fond du bassin, où je laisse 15 ligatures perdues. La tumeur enlevée, je ferme par suture les feuillets mésentériques, et par 6 ligatures ceux du ligament large. 1 litre d'ascite sanguinolente. Toilette péritonéale difficile. Drainage péritonéal pendant 58 heures. Suites immédiates favorables pendant 5 jours. Pas de fièvre.		
692	26 mars 1885. Dr Guerlain.	49	G.	Aréol. et fibrome utérin.	Hém.	Réglée à 14 ans; mariée à 19 ans; 5 enfants. Début reconnu il y a 2 ans, au côté droit. Petite; très amaigrie par inanition et par 10 ponctions répétées depuis 18 mois. Chaque ponction était suivie d'une poussée de péritonite très douloureuse, nécessitant de 6 à 20 jours de repos au lit et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Parois abdominales épaisses, grasses, œdématiées au-dessus du pubis. Incision moyenne. Le kyste, mis à nu, a la couleur jaunâtre, violacée, brune, feuille morte, hématique. Il est relié aux parois et aux viscères, épiploon, intestin, utérus, vessie, par des adhérences généralisées, trop peu saignantes pour être pincées. Ponction donne issue à 10 litres de sang pur mélangé à de vieux caillots. L'incision du kyste montre que les parois sont ramollies, friables, très amincies au centre, ce qui rend la dissection des adhérences très difficile, pour ne pas laisser tomber de liquide dans le péritoine. Elle montre ensuite une masse aréolaire, également hématique, qui avait été reconnue au-dessus du pubis, et qui est implantée directement sur le [illegible] cette masse est presque entièrement solide.	Guérison.	

						stroma fibreux et fibro-sanguin, pesant 2 kilogr. En la disséquant, on voit qu'à ce niveau la tunique externe, séreuse, est criblée de capillaires sanguins, déchirés, formant un piqueté irrégulier, et que la tunique interne des aréoles est formée de vieux caillots sanguins, reliés par une masse de lymphe, d'aspect lisse, séreux, muqueux, manifestement due à des produits de l'inflammation chronique, comme dans les vieilles hématocèles péritonéales ou vaginales. La coupe montre que les parois de la grande loge vont en s'épaississant jusqu'au pédicule. Celui-ci est épais, adhérent partout, non tordu, difficile à séparer des organes voisins, tellement friable qu'il faut le pincer et le lier avec le plus grand soin pour ne pas le couper et le perdre au fond du bassin. Cette particularité est fréquente dans les kystes sanguins. 1 litre d'ascite sanguinolente. — Cette tumeur enlevée, nous trouvons dans la partie latérale droite du corps de l'utérus un fibrome du volume d'un œuf de poule, qui fait saillie dans l'épaisseur du ligament large. Incision de la couche séreuse et musculaire qui l'enveloppe, pincement le long de l'utérus, excision en 2 moitiés, ligature en 2 parties de l'utérus, au-dessous de l'implantation. Toutes ces ligatures sont perdues. Durée : 28 minutes.		
693	23 mars 1885. Dr Quintard.	30	G.	Unil.	Hém.	Réglée à 13 ans; mariée à 22 ans; 1 enfant. Deux fausses couches. Grande, robuste. Début reconnu : 2 ans. Développement rapide et douleurs depuis 6 mois. Parois abdominales grasses, peu vasculaires. Incision courte. Pas d'ascite. Ponction : 6 litres liquide, eau de roche. Parois du kyste blanches, épaisses, sans adhérences. Pédicule long, mince, dans l'ovaire gauche, dont la moitié peut être conservée; lié en 2 parties et réduit.	Guérison.	
694	12 avril 1885. Dr Barrault.	25	D.	Unil.	Sé.	Réglée à 11 ans; non mariée. Début reconnu il y a 6 mois par douleurs utérines. Tumeur volumineuse dans la fosse iliaque droite et le bassin. Parois abdominales épaisses, grasses, tendues. Incision courte. Adhérences épaisses à la paroi abdominale, saignantes (4 ligatures perdues). Pas d'ascite. Incision de la poche, montre dans l'ovaire droit : débris de fœtus, en particulier mâchoire, dents, graisse, peau, cheveux jaunes, enroulés. Pas d'ascite. Pédicule long, étroit, adhérent, détaché; lié en 2 parties et réduit. Durée : 16 minutes.	Guérison.	
695	16 avril 1885. Br Boureau.	58	G.	Carcinome des ovaires de l'utérus et du mésentère propagé au péritoine pelvi-abdominal, péritonite fécale enkystée.	Pil.	Réglée à 14 ans; mariée à 28 ans. Début reconnu il y a 16 mois. Développement rapide depuis 5 mois. Depuis cette époque, elle a été prise plusieurs fois de poussées de péritonite infectieuse, avec altération des traits; fièvre, vomissements bilieux. L'accroissement de la tumeur est tel, dans ces derniers temps, qu'après avoir été sur le point de succomber à la dyspnée, il y a 15 jours, elle a consenti à être ponctionnée. La ponction a donné 10 litres de pus et de sang fétide, et n'a pas sensiblement diminué les douleurs atroces, la fièvre, frissons, peau brûlante, les vomissements continuels, le volume du ventre, l'œdeme des membres inférieurs et de l'hypogastre, la pâleur cachectique des téguments, l'odeur nauséabonde du corps et l'inégalité de coloration des pommettes. Je diagnostique une affection maligne du bassin et des ganglions mésentériques, et refuse l'opération. Je finis par céder à la volonté formelle de la malade et de la famille, et j'agis *in extremis*. Incision longue, montrant que la paroi est riche en veines dilatées (16 pinces pour faire l'hémostasie préventive). Dès que le feuillet péritonéal de la paroi est incisé, un flot de gaz fétides, d'odeur fécale, s'échappe du ventre avec bruit de gargouillement. Nous recon-		Succombe le 2e jour à l'épuisement causé par la cachexie.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						naissons, après avoir épongé, que la cavité dans laquelle ces matières étaient accumulées était formée par un foyer de péritonite circonscrite et par une portion de kyste en partie détruite par la suppuration. Trois anses d'intestin grêle, noirâtres, accolées, dilatées, réunies par des adhérences anciennes, friables, vasculaires, versaient leur contenu dans cette cavité. Nous retirons de celle-ci, à l'aide d'éponges, 5 litres de pus mélangé de matières fecales. Ceci fait, nous voyons que la portion de tumeur d'ou provient le kyste est solide, d'aspect encephaloïde, tellement ramollie par places, qu'elle se déchire à la moindre exploration. Nous redoublons de soin pour détacher la paroi (6 ligatures perdues), l'épiploon, que nous devons réséquer à ce niveau, apres l'avoir lié en 5 portions, le mésentère, qui est confondu avec la masse de la tumeur au point qu'elle semble en provenir, l'intestin grêle, qui est partout adhérent et que nous disséquons avec soin, surtout au niveau des anses qui flottent dans le pus grumeleux (20 ligatures perdues). Incision de ces anses et suture des bouts réséqués suivant le procédé de Lembert. La portion mésentérique et abdominale de la tumeur détachée, nous reconnaissons que tous les viscères du bassin sont englobés par elle, et que le péritoine est chargé de productions suspectes. Nous enlevons avec elle le fond de l'utérus et ses annexes, ovaires, trompes, ligaments larges, après avoir mis à leur base 10 ligatures perdues. Toilette du péritoine laborieuse. Nécessité de faire 3 piqûres sous-cutanées d'éther au cours de l'opération, à cause de la faiblesse extrême. Peu d'ascite. Durée : 1 h. 1/2. — Réaction difficile, froide, faiblesse malgré la cessation des nausées et de la fievre. Hypothermie, malgré l'alimentation.		
696	17 avril 1885. Hôpital.	61	D.	Aréol.	Hém. et visq.	Réglée à 14 ans; mariée à 20 ans; 3 enfants; le dernier a 35 ans. Début reconnu il y a 3 ans. Développement rapide depuis 6 mois. Depuis 2 ans elle est hémiplégique. A cette époque elle a été prise d'une hémorrhagie cérébrale en descendant a la cave. Elle est restée 5 jours dans le coma, et a dû garder le lit pendant 12 mois, ne pouvant marcher. Depuis 1 an, deux poussées semblables. Elle se tient debout, bien que difficilement; mais elle ne peut encore se servir du bras droit, qui reste impotent. Elle se nourrit mal et peut à peine déglutir les aliments solides. Il y a 1 mois, une ponction faite a l'hôpital a donné 15 litres de sang et diminué de moitié le volume de la tumeur. La nuit la respiration est difficile, stertoreuse. L'affaiblissement de tout l'organisme est considérable. Epuisée par la misere et les douleurs, la malade exige l'opération. Incision longue. L'incision de la loge qui avait été ponctionnée donne 12 litres de liquide qui n'est plus sanguin, mais qui est jaunâtre, épais, tellement visqueux, qu'il est difficile à extraire avec l'éponge, et qu'il mouille à peine les serviettes. J'introduis la main dans cette poche et je broie la masse aréolaire qui lui est accolée. Celle-ci est remplie de liquide epais, gélatineux. Adhérences générales avec les parois de l'abdomen et du bassin, avec l'épiploon et l'intestin, plus fibreuses, plus vasculaires en arrière et sur les côtés, nécessitant 30 ligatures perdues. Pédicule épais, court, venant de l'ovaire droit,	Guérison.	Au moment où elle entre en convalescence, elle est prise subitement d'une nouvelle hémorrhagie cérébrale, et elle succombe au ramollissement aigu qui se produit autour du foyer encéphalique.

						favorables; la température ne s'élève pas au-dessus de 37°5, le pouls au delà de 80.	
697	26 avril 1885. Dr Nonat.	50	G.	Unil.	Sé. et pu.	Couturière. Epuisée par misère et par inanition, due au grand volume de la tumeur. 2 enfants morts-nés. Début reconnu : 2 ans. Développement rapide depuis 6 mois. Parois abdominales minces, très vasculaires. Incision longue (6 pinces). Parois du kyste très distendues, amincies, adhérentes à la paroi antérieure (10 pinces, 4 ligatures), à l'épiploon (6 ligatures), à l'intestin grêle (2 ligatures). Ponction donne 25 litres liquide séreux, jaunâtre, et beaucoup de pus à la fin. Pédicule large, double, implanté dans l'ovaire gauche (lié en 2 parties et réduit) et dans le ligament large droit (1 ligature). 2 litres d'ascite. Toilette et drainage du péritoine. Durée : 25 minutes.	Guérison.
698	30 avril 1885. Dr Brunon.	56	D. Ovaire et lig. large droits, trompe et lig. large gauches.		Visq.	Couturière. Réglée à 12 ans; mariée à 20 ans; pas d'enfants. Petite, obèse. Début reconnu il y a 2 ans. Développement rapide depuis 1 an. A cause d'un grand traumatisme et de l'inflammation consécutive, plusieurs confrères avaient cru à une péritonite enkystée du bassin et de la fosse iliaque droite. Incision courte. Pas d'ascite. Pas d'adhérences à la paroi. Toute la face antérieure de la tumeur est recouverte par l'épiploon, qui la coiffe et descend au fond du bassin, avec lequel il a contracté des adhérences si intimes, que je prends le parti de ponctionner et de vider le kyste à travers la partie la plus amincie de cette large membrane : 10 litres de liquide épais, visqueux, couleur de café au lait. Dès que le kyste est vide, je l'attire à travers l'incision faite à l'épiploon, et je constate que sa partie profonde est elle-même reliée au fond du bassin par des adhérences fibreuses, vasculaires, très étendues, qui m'obligent à la saisir entre 20 pinces à mors droits et 5 pinces à mors courbes avant de l'exciser. Je suis également obligé, pour découvrir le pédicule, de réséquer l'épiploon après l'avoir saisi entre des pinces, et de le lier en 3 portions avant de le réduire. Je reconnais alors que le kyste est implanté à la fois sur l'ovaire, le ligament large et la corne de l'utérus du côté droit, et qu'il descend dans l'épaisseur de ces deux derniers organes en suivant des contours très irréguliers. Je suis obligé de faire un pédicule en saisissant la corne de l'utérus et le ligament large entre 6 pinces à mors courbes et 7 à mors droits, avant d'exciser le fond du kyste. Je saisis alors ces organes entre 6 anses de fil de soie forte, et 4 petites sur la surface de section dont l'étendue est considérable et dont l'épaisseur est très variable suivant les points, et je réduis. Je reconnais alors que les vaisseaux lymphatiques et sanguins du ligament large gauche, bien que moins dilatés et variqueux que ceux du côté droit, le sont également, que la trompe gauche est oblitérée, hypertrophiée, kystique, que le ligament large du même côté contient un petit kyste à liquide eau de roche, du volume d'une pomme. J'excise une portion de la trompe pour faire disparaître le liquide qu'elle contient. J'enlève par dissection et énucléation le petit kyste du ligament large, et je suture aussitôt les lèvres de ce dernier. Pas d'ascite. Durée : 40 minutes. Suites immédiates des plus simples.	Guérison.
699	8 mai 1885. Dr Pierreson.	26	D.	Multil. compliquée d'exomphale.	Hém.	Réglée à 12 ans; mariée à 22 ans; 2 enfants. Petite, rachitique, scrofuleuse; crâne et squelette atrophiés. Ophthalmie et otites suppurées dans l'enfance. Cicatrices d'adenites scrofuleuses au cou. Téguments jaunâtres, pâles, translucides. Affaiblie par inanition, due à ce qu'elle n'a pu prendre d'aliments solides depuis 3 mois; par la dyspnée et par une chute complète de l'utérus	Guérison.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						et de la vessie, dues au volume monstrueux de la tumeur. Pouls filiforme. Deux ponctions faites il y a 2 mois, de chaque côté du centre, ont donné 8 litres de liquide visqueux, sanguin, couleur chocolat foncé, et diminué de moitié le volume. Une autre, faite il y a 15 jours à gauche, a permis d'en retirer 10 litres de deux autres poches. La tumeur est tellement grosse qu'elle remonte jusqu'aux hypochondres, qu'elle distend au point de soulever considérablement les dernières côtes, et de rendre les bosselures visibles à ce niveau. On voit qu'elle est adhérente à la paroi, surtout près de l'ombilic, qui porte une hernie du volume d'un œuf de poule. Nombreuses poussées de péritonite. L'une d'elles a eu lieu après la ponction, et a mis la vie en danger : il est vrai que la malade s'était levée le lendemain sans précaution. Hypogastre et membres inférieurs œdématiés. Veines sous-cutanées très dilatées. Incision longue. Résection de l'exomphale. Pincement de 16 veines. Incision de la poche et de ses loges donnant 25 litres de liquide hématique. Adhérences généralisées, fibreuses, chargées de veines très développées, surtout avec les portions antérieure et latérale de la région sus-ombilicale (25 ligatures perdues), avec l'épiploon qui est réséqué et lié entre 6 ligatures perdues, avec le foie et la vésicule biliaire qui sont difficiles à détacher (4 ligatures), avec le bassin (3 ligatures), avec l'utérus et le ligament large gauche (3 ligatures). Difficulté de détacher la portion qui avoisine le pédicule, de reconnaître que celui-ci provient de l'ovaire gauche. Il n'est pas tordu, mais il a été entraîné, de même que l'utérus, dans le prolapsus vaginal, est fixé dans cette position, ce qui rend sa ligature en 2 moitiés et sa réduction difficiles. Peu d'ascite. Drainage péritonéal pendant 6 heures. Durée : 1 heure. — Pas de fièvre jusqu'au 14e jour. A ce moment, un flot de pus fétide provenant du bassin sort par l'angle inférieur de la plaie, après avoir élevé le pouls à 96 et la température à 38°5. Le lendemain, ils retombent à 80 et à 37°5. Rien ensuite.		
700	11 mai 1885. Dr Desarènes.	44	D.	Multil.	Sé. et pu.	Ecuyère; autrefois robuste, actuellement pâle, épuisée. Réglée à 12 ans; mariée à 26 ans; 1 enfant. Poussées répétées de péritonite et d'entérite. Une ponction, faite il y a cinq mois à l'hôpital Bichat, a donné 13 litres de liquide citrin, verdâtre qui, au dire de la malade et de son mari, a fait croire à une ascite, et fit rejeter l'opération. Incision moyenne. Adhérences nombreuses et résistantes en avant avec la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale et l'épiploon (9 ligatures), en arrière avec le bassin (3 ligatures). Foie et estomac abaissés jusqu'au détroit supérieur, après l'extraction du kyste. Anses intestinales petites, ratatinées. 15 litres de liquide louche, jaunâtre, un peu verdâtre, extrait de la grande loge. 1 kilogr. de masse aréolaire, située près du pédicule, qui est court, épais, lié en 2 moitiés et réduit. Un peu d'ascite sanguinolente. Durée : 40 minutes.	Guérison.	
701	21 mai 1885. Hôpital.	13	D.	Unil.	Sé.	Grande, très amaigrie par misère et par volume excessif du ventre. Réglée 3 fois depuis 6 mois. Début reconnu : 1 an. Développement rapide depuis 2 mois.	Guérison.	

						Pas d'ascite. Pédicule long, large, lié en 2 parties et réduit. Durée : 14 minutes.		
702	8 juin 1885. Hôpital.	38	Sarcome kystique du ligament large de la trompe et du bassin du côté droit. Vaste hématocèle pelvienne.			Réglée à 12 ans; mariée à 15 ans. Nervosisme. 1 enfant à 23 ans. Début reconnu à droite, il y a un an, par le toucher vaginal et le palper hypogastrique combinés. Masse solide fixe en avant, kystique derrière l'utérus, également fixe. Douleurs intenses, tympanisme et développement rapide depuis 3 mois. Incision moyenne. Pas d'adhérences à la paroi abdominale. Ascite sanguinolente : 5 litres. Adhérences épiploïques (5 ligatures). Impossibilité d'attirer la face profonde à cause de la consistance solide de la masse qui ne se vide pas par la ponction, et des adhérences mésentériques. Morcellement et pincement de la tumeur. Lorsque le tiers supérieur et antérieur est enlevé, nous tombons sur une vaste cavité contenant 6 litres de pus fétide, ce qui permet d'attirer le reste de la portion solide jusqu'à l'utérus, au ligament large, à la trompe, à l'ovaire, au bassin, qui sont enclavés dans son épaisseur. Dissection difficile de cette masse avec le doigt et le bistouri sur un diamètre de 15 centimètres : 30 pinces. Excision de la masse après avoir lié au-dessous d'elle les tissus entre 6 grosses ligatures de soie à anses séparées. Cette dissection montre que la partie profonde et postérieure du cul-de-sac de Douglas est remplie par une vaste hématocèle contenant 5 litres de sang noirâtre et de caillots, qui s'est sans doute formée il y a 2 mois au moment d'une pelvi-péritonite, qui a mis la vie en danger. Cette hématocèle paraît due à la rupture de veines dilatées et ulcérées de la tumeur. Toilette péritonéale difficile. Lavage du bassin. Drainage du péritoine pendant 36 heures. Durée : 45 minutes. Pas de fièvre dans les premiers jours. Symptômes de péritonite septique le 5e jour, à laquelle elle ne tarde pas à succomber.		Mort par cachexie cancéreuse et péritonite infectieuse.
703	12 juin 1885. Hôpital.	30	D.	Unil.	Sé.	Réglée à 13 ans; non mariée. Grande, très amaigrie. Péritonite il y a 3 mois, à la suite d'une chute sur le ventre, dans un escalier. Douleurs et développement rapide depuis cette époque. Parois abdominales très distendues. Incision courte. Ponction : 13 litres liquide séreux, jaunâtre, peu épais. Adhérences aux parois du bassin (5 ligatures), à l'utérus et au ligament large gauche (4 ligatures). Pédicule long, adhérent, disséqué avec peine, dans l'ovaire droit, contenant un noyau gras, purulent, qui se prolonge dans le ligament large sous-jacent. Pincement et ligature en 2 parties de ce ligament au-dessous de l'abcès. 1 litre d'ascite. Toilette difficile du péritoine. Durée : 25 minutes.	Guérison.	
704	16 juin 1885. Dr Larrivé.	25	Kyste aréolaire gauche et ascite par rupture d'une loge.		Visq.	Réglée à 12 ans; non mariée. Développement reconnu il y a 6 mois. Epuisée par ponctions faites tous les 8 jours, depuis 6 mois, pour empêcher la mort par suffocation. Péritonite aiguë depuis 15 jours. P. = 120; T. = 39. Incision longue. L'ouverture du péritoine donne issue à 6 litres de liquide ascitique, jaunâtre, visqueux, et montre que l'épiploon est relié à la surface de la tumeur par de nombreuses adhérences (6 ligatures). Incision d'une grande loge contenant 4 litres de liquide épais. On voit alors que la masse principale du kyste est aréolaire, qu'elle flotte dans l'ascite qui provient manifestement de la rupture spontanée de l'une des loges postérieures qui porte une ulcération ancienne, qu'elle est largement adhérente à l'intestin qui est saignant, facile à détacher, et plus encore à la vessie. De ce côté les adhérences sont tellement intimes, qu'un opérateur peu expérimenté l'aurait sûrement ouverte. Je la détache avec soin, ce qui nécessite 20 ligatures perdues, et je la réduis. Je dissèque ensuite le pédicule, qui est large et adhérent au côté gauche de l'utérus.	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						Je le lie en 2 parties et l'excise. Je place ensuite 6 ligatures perdues sur la paroi pelvienne. Toilette difficile du péritoine. Drainage péritonéal pendant 24 heures. Durée : 35 minutes. Pas de fièvre à la suite de l'opération.		
705	17 juin 1885. Dr Baldy.	58	Cancer des 2 ovaires généralisé au péritoine.			Réglée à 12 ans ; mariée à 16 ans ; 3 enfants. Début reconnu il y a 6 mois. Développement rapide. Ponction faite il y a 10 jours ; a donné 10 litres de liquide clair, visqueux, qui, analysé, a fait croire à une tumeur bénigne. J'avais diagnostiqué seul : cancer diffus du peritoine. Incision moyenne ; donne issue à 15 litres d'ascite brunâtre, poisseuse. Hémophilie de la paroi abdominale (15 pinces). Le liquide était semblable à celui des kystes bénins. Nous trouvons les ovaires et l'utérus couverts de masses kystiques, encéphaloïdes, et tous les viscères abdominaux masqués par des granulations et des amas cancéreux. Ablation impossible. Fermeture du ventre. Drainage du péritoine pendant 48 heures.	Guérison.	2 mois après il a fallu reprendre les ponctions, qui seules ont permis de prolonger l'existence.
706	22 juin 1885. Dr Portalier.	20	D.	Un.	Sé.	Réglée à 15 ans ; non mariée. Arménienne, blanche, vierge. Fièvres paludéennes pendant plusieurs années, fortes, à intervalles rapprochés. Début reconnu : 6 ans. Développement rapide depuis 1 an, à la suite d'une péritonite. Pas de douleurs. Diagnostic facile, à cause de la petitesse, de la consistance et de la mobilité du kyste. Incision courte. Parois abdominales très vasculaires (20 pinces). Un peu d'ascite. Adhérences générales de la tumeur à la portion sous-ombilicale de la tumeur, tellement saignantes, que je commence par vider celle-ci par ponction, et que je suis obligé de pincer les bords de l'incision. Écoulement de 1 litre de liquide eau de roche, clair. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit, auquel il est relié par un pédicule long, étroit, lié en 2 moitiés et réduit. Après cette section du pédicule, je détache les parois blanches, flasques, très minces, du kyste de la paroi (10 pinces, 3 ligatures perdues) et de l'épiploon, qui est très vasculaire, friable, difficile à détacher par arrachement, lié en 8 parties et réduit. Difficulté éprouvée par les aides pour empêcher les intestins de sortir pendant toutes ces manœuvres, par suite du petit volume de la poche. Durée : 30 minutes. — Se lève le 12e jour. Retourne chez elle le 17e. Il avait été nécessaire de prescrire le sulfate de quinine dans les jours qui avaient suivi l'opération.	Guérison.	Nous avons appris que pendant sa convalescence, du 18e au 30e jour, elle avait été reprise de violentes crises de fièvre intermittente rebelle, qui a fini par céder au sulfate quinine à hautes doses.
707	1er juillet 1885. Hôpital.	45	G.	Aréol.	Sé. et hém.	Réglée à 12 ans ; mariée à 21 ans ; pas d'enfants. Plusieurs poussées de péritonite partielle depuis 3 ans. Début reconnu : 1 an. Développement rapide depuis 6 mois. Parois abdominales minces. Incision longue. Masse aréolaire, à parois vasculaires, friables, donnant à l'incision et au broiement interne d'une vingtaine de loges 10 litres de liquide blanchâtre, épais, visqueux, séro-sanguin, hématique. Adhérences très résistantes aux fosses iliaques et aux parois du bassin (10 ligatures), nécessitant le pincement et le morcellement du kyste. Pédicule long, mince, lié et réduit. Poids de la masse solide : **4 kilogr.** Durée : 25 minutes.	Guérison.	

	Dr Vazeille.					connu : 1 an. Incision longue. Parois grasses, peu vasculaires. Pas d'adhérences. Incision des poches; donne 25 litres liquide chocolat. Portion aréolaire de la tumeur : 4 kilogr. Pas d'ascite. Pédicule moyen, lié en 2 parties et réduit. Pas de torsion du pédicule. Durée : 20 minutes.	Guérison.	
709	7 juillet 1885. Dr Avezou.	35	D.	Multil.	Hém.	Concierge, robuste, malgré péritonite ayant duré 1 mois dans notre service de Saint-Louis, et refus de tous les aliments depuis 6 semaines. Mariée. Abdomen énorme. Peu de bosselures. Incision des parois longue. Incision de la loge principale donnant 25 litres de liquide chocolat, peu visqueux. Parois du kyste épaisses, reliées à la paroi antérieure de l'abdomen par des adhérences molles, peu saignantes après dissection. Masse aréolaire du poids de 2 kilogr. Pas de ligatures. Un peu d'ascite. Pédicule long, non tordu, lié en 2 parties et réduit. Durée : 35 minutes.	Guérison.	
710	10 juillet 1885. Hôpital.	25	D.	Unil.	Sé.	Grande, amaigrie, non mariée. Réglée à 14 ans, avec retard de 15 jours à 2 mois, depuis cette époque. Début reconnu : 16 mois. Douleurs et développement rapide depuis 3 mois. Parois abdominales minces. Incision courte. Pas d'adhérences. Ponction : 2 litres sérosité jaunâtre, limpide. Pédicule long, mince, dans l'ovaire droit, lié en 2 parties et réduit. Durée : 12 minutes.	Guérison.	
711	16 juillet 1885. Dr Regnault.	40	D.	Unil.	Sé.	Réglée à 12 ans; vierge. Anémie et amaigrissement extrêmes. Section des parois courte, montrant qu'elles sont minces, hémophiliques (20 pinces). Pas d'adhérences. Parois du kyste blanches, minces, peu vasculaires. Une seule loge contenant 10 litres de liquide clair, séreux, limpide, eau de roche. Dès qu'elle est vidée, nous reconnaissons que le pédicule est mince et implanté dans le bord supérieur de l'ovaire droit, qui est allongé et hypertrophié. Ligature du pédicule en 2 parties. Durée : 10 minutes.	Guérison.	
712	20 juillet 1885. Dr Toszé.	45	Les 2 ovaires, les 2 ligaments larges, l'utérus et le bassin.		Encéphaloïde.	Réglée à 13 ans; vierge. Amaigrie; 3 sœurs et 2 frères entachés de scrofule; l'un d'eux a été traité par Nélaton pour tumeur blanche suppurée du cou-de-pied. Début reconnu il y a un an; il y avait alors une petite tumeur au côté gauche de l'utérus. Il y a 2 mois, la tumeur avait le volume de la tête d'un adulte, avait la consistance fibro-kystique, était mobile avec l'utérus, et paraissait s'engager dans la cloison recto-vaginale. Elle avait alors une marche lente et paraissait peu opérable. Pas d'ascite. Il y a 15 jours, à la suite de vives douleurs, une ascite se déclara brusquement, s'accrut vite, s'accompagna d'une fièvre intense, d'un bruit de frottement pleural, puis d'un hydrothorax. Nous crûmes alors à un cancer à marche rapide, peut-être avec tendance à la généralisation. La famille et la malade exigèrent l'opération. Incision courte. Parois abdominales peu vasculaires. Dès qu'elles sont ouvertes, un flot de liquide visqueux, glutineux, colloïde, s'échappe au dehors. Après son issue, nous voyons la tumeur d'aspect kystique, ovarien, blanchâtre, recouverte d'exsudats inflammatoires. Sa face antérieure la recouvre jusqu'au fond du bassin et lui est tellement adhérente, de même qu'aux faces latérales, que pour faciliter l'opération nous le lions en 5 parties et nous l'excisons au-dessous. La ponction de la moitié antérieure de la tumeur montre qu'elle est solide, friable, encéphaloïde, qu'elle se laisse arracher par morceaux à la moindre ponction, et qu'elle est farcie de petits kystes colloïdes. Après l'avoir enlevée, nous détachons par dissection la face postérieure de la tumeur, et nous arrivons de ce côté sur une grosse loge kystique, qui porte un pertuis rond de	Guérison.	La malade, revue 18 mois après, est d'une santé florissante.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						1 centimètre de diamètre, par lequel s'est échappé le liquide colloïde qui est tombé dans le péritoine et dans le bassin en déterminant l'ascite. Le liquide contenu dans cette loge est le même que celui du péritoine. Il est seulement plus épais encore, comme colloide, tellement épais qu'il est difficile à extraire avec les serviettes ou la main. La portion est également enlevée par morcellement (6 ligatures perdues). La main reconnaît ensuite qu'elle est implantée sur l'utérus, les ovaires, les trompes, les ligaments larges, la vessie et tout le fond du bassin. L'arrachement et la dissection avec la main et les ciseaux nécessitent 60 ligatures fines et 3 grosses ligatures perdues. La tumeur enlevée, nous voyons que le fond du bassin est rempli de fausses membranes, qui sont enlevées avec de grosses éponges. Toilette du peritoine difficile. Drainage de cette séreuse. Durée : 1 h. 1/4. — Pendant 24 heures, vomissements chloroformiques fréquents, arrêtés avec des gouttes de laudanum camphré. Pas de fièvre les jours suivants.		
713	27 juillet 1885. Dr Sabarthez.	45	Sarcome kystique des 2 ovaires, des 2 ligaments larges et de l'utérus.	Aréol.		Réglée à 14 ans; vierge. Très faible, très épuisée. Nervosisme à forme religieuse, avec chants d'église pendant toute la durée de l'anesthésie chloroformique. qui a duré 1 h. 1/4. Début soupçonné par la malade : 3 ans; reconnu par le médecin : 5 semaines. Accroissement rapide depuis cette époque. Incision longue de la paroi abdominale, qui est peu saignante, mettant à nu une tumeur de coloration rougeâtre, comme celle des utérus hypertrophiés. Masse solide, farcie de petits kystes sanguins, colloïdes, myxomateux, remontant à l'épigastre. Le morcellement la réduit des 2/3, et permet d'attirer au dehors le reste qui est multilobé, recouvert par des couches pseudo-membraneuses, épaisses, de nouvelle formation, résultant de péritonites anciennes. J'extrais cette portion, qui contient des loges kystiques plus grandes que la première, et je constate que l'implantation a lieu à la fois sur les ovaires, les ligaments larges et l'utérus. Je traverse celui-ci avec des broches métalliques au-dessous de la tumeur, et j'excise au-dessus d'elles. Je constate que la paroi antérieure est beaucoup plus amincie que la postérieure. Je fais l'ablation par pincement des ovaires et des ligaments larges, et du fond de l'utérus, sur les moignons desquels je place de fortes ligatures perdues, et j'attire le reste de l'utérus entre les lèvres de la plaie abdominale, à la partie inferieure. Un peu d'ascite sanguinolente. Le moignon utérin est fixé avec des broches et pansé avec le perchlorure de fer et l'iodoforme. Fermeture complète du reste de la plaie. Durée : 1 h. 1/4.	Guérison.	
714	3 août 1885. Dr Saxtorph.	30	Les 2 ovaires.		Cancer colloide.	Réglée à 13 ans; mariée à 20 ans; 5 enfants. Grande, pâle, très amaigrie. Epuisée par l'impossibilité de tolérer les aliments depuis 3 mois, et par la dyspnée due a l'extrême distension du ventre. Début reconnu il y a 2 ans. Développement rapide depuis 6 mois. Plusieurs chirurgiens avaient refusé de l'opérer, pensant qu'elle avait un fibro-sarcome multilobé de l'utérus, et avaient été confirmés dans leur opinion par l'apparition d'une ascite qui était surve-	Guérison.	Le 26 octobre 1886, elle vient nous trouver à St-Louis. La santé est excellente. Elle se plaint seule-

						Elles sont séparées de la tumeur par l'épiploon, qui est tellement confondu avec elles par des adhérences, que j'incise à travers cette membrane, sans les détacher, pour ne pas multiplier les ligatures. Mais, sur son autre face, je trouve l'épiploon également si adhérent à la face antérieure de la tumeur, que je suis obligé, pour la détacher de ce côté, d'appliquer 40 ligatures perdues. La tumeur ainsi mise à nu à travers l'ouverture épiploïque est blanche, très vasculaire. Je l'incise et je constate qu'elle est composée de loges kystiques, friables, remplies de matière poisseuse, colloïde, que j'ai beaucoup de peine à enlever par broiement et par morcellement interne. Après avoir extrait 10 kil. de cette matière gélatineuse, j'attire la masse solide en avant, et je constate que sa face postérieure est reliée au mésentère par des adhérences générales, vasculaires, difficiles à rompre, qui nécessitent 15 ligatures perdues. Cette dissection permet d'entraîner le reste de la tumeur hors de l'abdomen et de reconnaître qu'elle est implantée sur l'ovaire et le ligament large droits par un large pédicule, qui est pincé, pour permettre d'exciser la tumeur au-dessus de lui, puis lié en 2 parties et reduit. Extraction consécutive de 8 litres d'ascite jaunâtre, de mauvais aspect, avec de grosses éponges. Cette toilette du péritoine permet de découvrir à gauche une autre tumeur, d'aspect analogue, du volume d'une tête d'adulte, bosselée, friable, qui est tellement adhérente aux viscères et aux parois du bassin que je suis obligé de le détacher avec la plus grande précaution (10 ligatures) pour ne pas rompre la tumeur. Je vois qu'elle est également implantée sur l'ovaire et le ligament large gauche, sur une étendue tellement large que je suis obligé de placer 6 pinces à mors longs et courbes pour faire l'hémostasie préventive et exciser en dehors d'elles. L'incision de cette masse, apres qu'elle est extraite, montre qu'elle contient un grand nombre d'aréoles kystiques, remplies de pus fétide et de matière colloïde, jaunâtre, comme graisseuse par places. 3 ligatures sur ce second pédicule, qui est également réduit. Toilette du péritoine difficile. Drainage péritonéal. Durée : 1 heure. — Suites des plus simples ; à peine un peu de fièvre le 14ᵉ jour, due à un petit abcès de la paroi.	.	il y a quelques jours au niveau de la région ombilicale. Le palper découvre à ce niveau une masse médiane, diffuse, de consistance squirrheuse, adhérente à la face profonde de la paroi abdominale, et qui se perd profondément du côté de l'épigastre. Cette tumeur est manifestement de nature cancéreuse comme celles que nous avions enlevées.
715	4 août 1885. Dʳ Lasserre.	40	G. et lig. larges.	Multil.	Colloïde.	Réglée à 13 ans ; mariée à 38 ans ; pas d'enfants. Petite, amaigrie, épuisée par les douleurs. Il y a 4 ans, péritonite suraiguë, à laquelle elle a failli succomber. Début reconnu il y a 3 ans. Développement rapide depuis 1 an. Incision de longueur moyenne. Parois abdominales peu vasculaires. Epiploon très adhérent à ces parois et a la paroi antérieure du kyste qu'il masque, très difficile à détacher (2 ligatures perdues). Pas d'ascite. La ponction du kyste montre que son contenu est blanc, colloïde, trop épais pour sortir par un gros trocart. Nécessité d'inciser le kyste et de broyer toutes ses aréoles en introduisant la main par cette incision pour les vider. Cette voie permet d'attirer la tumeur au dehors, quand elle est vidée des 10 kilogr. de matière colloïde qu'elle contient, et de reconnaître qu'elle est implantée par deux larges pédicules, l'un large, court, fibreux, sur l'ovaire et le ligament large droit, lié en 2 parties et réduit ; l'autre long, vasculaire, du volume du doigt sur le ligament large gauche, lié et réduit. Durée : 40 min.	Guérison.	Il n'y a pas encore de récidive en 1887.
716	6 août 1885. Hôpital.	39	D.	Multil.	Sé.	Petite, amaigrie par souffrances et privations. Début reconnu : 1 an, à la suite de dysménorrhée névralgique datant de plusieurs annees et empêchant la station debout. Tumeur dans le bassin, à la fosse iliaque droite, fixe, tres douloureuse à la pression. Vomissements bilieux fréquents. Polyurie et cystite	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						du col. Parois abdominales minces. Incision hypogastrique courte. Paquet de l'intestin grêle refoulé pour voir la tumeur qui est fixée par des adhérentes à la paroi pelvienne et à la fosse iliaque, difficile à détacher (6 ligatures). Attraction au dehors de la tumeur qui est multiloculaire et qui se rompt en laissant passer, dans les éponges, un verre de sérosité jaunâtre, louche. Pédicule long, friable, implanté dans l'ovaire droit, lié en 2 parties et réduit. Durée : 16 min.		
717	12 août 1885. Dr Durian.	55	Sarcome kystique des 2 ovaires des ligaments larges et du bassin.			Réglée à 13 ans; mariée à 25 ans; pas d'enfants. Début reconnu il y a 18 mois. Développement rapide depuis 6 mois. Amaigrissement extrême dû à l'inanition forcée depuis plusieurs mois. 3 ponctions : la 1re, il y a 4 mois, a donné 6 litres de liquide citrin; la 2e, il y a 6 semaines, par un autre médecin, qui a fait une injection iodée à la suite de laquelle la malade a été sur le point de succomber, a donné 7 litres; la 3e, il y a 15 jours, a donné 5 litres de liquide hématique, chocolat, et n'a pas diminué sensiblement le volume de la tumeur. Ventre énorme, bosselé; ses parois sont minces, chargées de veines sous-cutanées dilatées. Incision longue. Elle montre un état hémophilique et nécessite 40 pinces. Adhérences générales de la tumeur avec les parois abdominales et pelviennes (20 ligatures perdues), l'épiploon (15 ligatures), le paquet de l'intestin grêle (12 ligatures). Ouverture de plusieurs loges donnant 15 litres de pus fétide, diminuant de moitié le volume de la tumeur. Extraction de la portion solide, sarcomateuse, avec le plus grand soin pour empêcher le pus de souiller le péritoine, par pincement et morcellement. Implantation large dans les 2 ovaires, les ligaments larges, le bassin, nécessitant 6 fortes ligatures de soie. La portion solide excisée en dernier lieu pèse 10 kilogr. Toilette du péritoine difficile, nécessitant de nouvelles ligatures épiploïques et pelviennes. Drainage péritonéal. Durée : 1 heure. — Suites des plus favorables. Retourne dans son pays le 19e jour.	Guérison.	Nous avons appris que, 2 mois après, la malade avait été prise d'une pelvi-péritonite suppurée, sans cause bien déterminée, qu'elle avait été traitée par la ponction vaginale, et qu'elle avait succombé à la suite de cette nouvelle opération.
718	19 août 1885. Dr Menard.	57		Kyste aréol. de l'ovaire droit, uniloc. du lig. large gauche, et fibrome du fond de l'utérus.	Hém.	Réglée à 13 ans; mariée à 25 ans; 2 enfants. Début reconnu il y a 2 ans. Développement rapide il y a 18 mois. Nombreuses poussées de péritonite partielles. Amaigrie, très anémiée. Ventre énorme, grandes bosselures. Incision moyenne, montrant un état hémophilique et nécessitant 20 pinces. Tumeur à parois blanchâtres, reliées sur ses faces antérieure et latérales à la paroi abdominale et à la fosse iliaque droite par des adhérences si générales, si dures, si vasculaires, si intimes que je suis obligé d'enlever la tumeur après pincement avec 40 pinces à mors courbes, et par morcellement (39 ligatures perdues). Pas d'ascite. La section donne 15 litres de liquide hématique, chocolat, et une masse aréolaire de 2 kilogr. à liquide visqueux, implanté sur l'ovaire droit. Pédicule lié en 2 parties et réduit. — Nous trouvons ensuite un fibrome sous-péritonéal du fond de l'utérus pesant 11 kilogr., avec implantation de 3 centimètres de diamètre, liée en 2 parties et réduite après excision. En détachant la surface de ce fibrome, nous voyons qu'il est relié par des adhé-	Guérison.	

						péritonéal. Durée : 45 minutes.		
719	26 août 1885. Hôpital.	28	D.	Un.	Sé.	Réglée à 15 ans. Petite, amaigrie, ridée; rachitique. Début reconnu : 1 an. Douleurs pelviennes et iliaques très violentes depuis 10 mois, s'exaspérant aux époques menstruelles au point de nécessiter le séjour au lit. Parois abdominales minces. Incision hypogastrique courte. Difficulté à l'aide de la main introduite de reconnaître le kyste, qui est implanté dans l'ovaire gauche, adhérent à l'utérus et à la paroi du bassin; volume d'un œuf de poule. La ponction avec le bistouri vide dans des éponges bien placées plusieurs cuillerées de sérosité sanguinolente. Pédicule court, lié en 2 parties et réduit. Durée : 18 min.	Guérison,	
720	4 septembre 1885. Dr Girard.	40	G.	Un.	Sé.	Réglée à 12 ans; mariée à 21 ans; 3 enfants. Début reconnu il y a 10 ans. Développement depuis 1 an. Très amaigrie par les souffrances. Une ponction, faite par un collègue, il y a 6 mois, avait donné 6 litres de liquide eau de roche, et fait croire à un kyste du ligament large. Incision courte, montrant la paroi abdominale mince ; beaucoup de veines dilatées et une grosse artère anormale, qui sont aussitôt pincées. Poche à parois blanches, amincies, très distendues, non adhérentes, donnant 16 litres de liquide jaunâtre et montrant un double feuillet celluleux, lâche, qui pouvait faire croire à un kyste du ligament large. Pas d'ascite. Pédicule long, peu épais, implanté sur l'ovaire gauche, lié en 2 parties et réduit. Durée : 15 minutes. — Vomissements incessants pendant l'anesthésie chloroformique, et qui persistent 2 jours. Ils ne gênent pas la bonne réunion.	Guérison.	
721	3 novembre 1885. Dr Vivier.	50	Cancer généralisé des ligam. larges et du bassin.			Réglée à 13 ans; mariée à 22 ans; pas d'enfants. 5 ponctions faites depuis 10 mois ont donné chacune 10 litres d'ascite sanguinolente et purulente. Pas réglée depuis 15 ans. Grande, cachectique. Diagnostic exact : cancer généralisé au péritoine, contrairement à celui du confrère qui avait fait les ponctions, et croyait à un kyste ovarique. Incision moyenne, donnant 15 litres d'ascite purulente, montrant le péritoine pariétal, épiploïque, mésentérique, intestinal, couvert de masses épithéliales du volume d'une tête d'épingle à une châtaigne. Deux masses du volume du poing, dures, cancéreuses, pédiculisées, sur les ligaments larges, sont excisées. Ligature des pédicules, qui sont réduits. Toilette du péritoine. — L'opération n'est en quelque sorte qu'une incision exploratrice, comme il avait été convenu. Elle est faite sans que le péritoine soit irrité et qu'une goutte de sang tombe dans la cavité, de sorte que, malgré l'extrême faiblesse, je compte qu'elle sera très bien supportée. Durée : 25 minutes. — Le microscope confirme notre diagnostic.		Succombe à l'excès d'épuisement.
722	10 novembre 1885. Dr Fèvre.	41	D. Lig. large et fosse iliaque du même côté.	Aréol.	Hém. et pu.	Réglée à 12 ans; mariée à 17 ans; 6 enfants. Grande, obèse. Début reconnu il y a 1 an. Développement rapide depuis 10 mois. OEdeme des membres inférieurs et de l'hypogastre. Pas de veines sous-cutanées apparentes. Aspect squirrheux, chagriné, peau d'orange et perte de l'élasticité de la peau au niveau de la région ombilicale. Incision longue à cause de l'obésité et de l'œdème des parois. Etat hémophilique (30 pinces). Tumeur d'aspect ovarien, adhérente à l'épiploon, qui est lui-même gros, hypertrophié (10 ligatures perdues). L'incision de la tumeur montre qu'elle est kystique, aréolaire, constituée par des loges sanguines, purulentes, innombrables, du volume d'une châtaigne à celui du poing. Impossibilité de la réduire par broiement interne. Nécessité de procéder par morcellement, en faisant le pincement avec 30 pinces à mors longs	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						et droits pour arriver a l'implantation qui est fibreuse, dure, large comme la main, tellement adhérente aux viscères et aux parois du bassin, qu'il faut une heure pour faire le morcellement et l'énucléation de ce côté pour ne pas laisser tomber de pus (35 pinces, 15 ligatures perdues). Trompe gauche hypertrophiée, kystique, purulente, excisée après pincement. Détachement de l'implantation nécessitant 20 ligatures de soie forte. Toilette du péritoine difficile. Elle montre qu'une portion importante de la tumeur était implantée sur le ligament large, et la fosse iliaque du côté droit, avait soulevé la vessie et le cæcum, qui étaient étalés a la surface et avaient rendu la dissection des plus laborieuses. Il en résultait que le cæcum et son appendice étaient décollés, flottants, de même que le péritoine pelvien. L'utérus était hypertrophié, mobile, et était resté indépendant de la tumeur, bien qu'avant l'opération on ait constaté qu'il était fixe et élevé comme dans les kystes des ligaments larges. Réduction des surfaces liées. Toilette et drainage du péritoine. Durée : 1 h. 1/2.		
723	16 novembre 1885. Hôpital.	25	G.	Un.	Sé.	Petite, très affaiblie par métrorrhagies depuis 2 ans, qui ont persisté, malgré l'extraction d'un polype muqueux du col il y a 3 mois. Début reconnu : 1 an. Douleurs intenses : 7 mois. Incision courte à l'hypogastre. Parois grasses, peu vasculaires. Kyste non adhérent, a parois blanchâtres, donnant 1 litre liquide eau de roche à la ponction. Pédicule petit, lié et réduit. Durée : 12 min.	Guérison.	
724	19 novembre 1885. Dr Siredey.	25	Ovaire droit et tumeurs végétantes du perit. pelvien.		Myxoïde.	L'observation a été publiée à la page 221 et suivantes du tome IV de nos *Leçons de clinique chirurgicale*.	Guérison.	Depuis lors la santé n'a rien laissé à désirer.
725	26 décembre 1885.	51	D.	Multil.	Sé.	Réglée à 13 ans; mariée à 19 ans; 1 enfant. Très affaiblie par misère et par douleurs continues depuis 7 mois. Début reconnu : 1 an. Développement rapide depuis 5 mois. Incision hypogastrique courte. 1 litre ascite jaunâtre. Parois du kyste blanches, reliées à l'épiploon par des adhérences longues, molles, peu vasculaires. Incision de la grande poche donnant 2 litres de liquide séreux, épais, blanchâtre. Un peu de pus dans les petites loges placées près de l'implantation. Pédicule long, lié en 2 parties et réduit. Durée : 14 minutes.	Guérison.	
726	1er décemb. 1885. Dr Mathène.	32	D.	Aréol.	Séro-hém.	Réglée à 12 ans ; vierge. Grande, robuste, obèse depuis 2 ans; poussées répétées de péritonite obligeant souvent a garder le lit. Début reconnu : 10 mois. Développement rapide depuis 5 mois. Douleurs au côté droit. Parois abdominales grosses, incisées du pubis à l'ombilic, peu vasculaires. Pas d'adhérences. Kyste à parois blanches, épaisses. L'incision donne 6 litres de sérosité sanguinolente, qui sort des aréoles petites, très nombreuses, qui remplissent son intérieur. Pédicule moyen, non tordu, lié en 2 parties et réduit. Durée : 15 min.	Guérison.	

			utérin.			qu'outre des tumeurs fibro-cystiques de l'utérus et des ligaments larges, il y avait un kyste séreux de l'ovaire, qui a été enlevé du même coup.		
728	6 décembre 1885. Dr Duval.	51	D.	Aréol.	Pu.	Réglée à 13 ans; mariée à 27 ans; 2 enfants. Très amaigrie. Teinte cachectique. Impossibilité de tolérer les aliments depuis 3 mois. Une ponction faite dans mon service par un collègue, pendant les vacances d'octobre, avait donné 6 litres de liquide sanglant, et lui avait fait croire à une ascite cancéreuse. La dyspnée augmentant, je lui ai fait une nouvelle ponction, il y a 1 mois, et retiré 10 litres de liquide visqueux, jaunâtre, ovarien. Incision longue de la paroi abdominale, à cause des adhérences de la tumeur avec elle (6 ligatures) et avec l'épiploon, qui est excisé après avoir été lié en 6 parties. Incision du kyste donnant issue à 6 litres de pus grisâtre, visqueux, grumeleux. Forme aérolaire. Attraction de la poche montrant de nombreuses adhérences à l'intestin grêle et au fond du bassin (6 ligatures). Pédicule double : l'un long et épais se rendant à l'ovaire droit; l'autre court et mince, au ligament large gauche. Ces deux pédicules sont liés en 2 parties et réduits. Pas d'ascite. Drainage du péritoine.	Guérison.	
729	14 décembre 1855. Drs Chédevergne et Pouillot.	27	G.	Aréol.	Sé. et pu.	Réglée à 13 ans; mariée à 28 ans; 1 enfant. Trois mois après l'accouchement, la tumeur a été reconnue et s'est accrue progressivement. Ménorrhagies abondantes depuis cette époque. Parois abdominales énormément distendues, hémophiliques. Incision du pubis à l'épigastre, à cause des adhérences vasculaires de la tumeur avec la paroi (30 pinces), l'épiploon, qui est coupé après l'avoir lié en 3 parties, avec l'intestin et le fond du bassin (60 ligatures perdues). Difficulté de détacher ces adhérences avec le bord de la main, le bout des doigts et la spatule, tant elles sont résistantes sur toutes les faces et difficiles à reconnaître. Incision large de la tumeur, qui contient dans ses aréoles 40 litres de liquide très visqueux, muco-purulent, et 16 kilogr. de substance solide. Pédicule large, lié en 2 parties et réduit. Pas d'ascite. Toilette du péritoine difficile. Drainage péritonéal. Durée : 1 h. 1/4. — Pas de fièvre jusqu'au 10e jour. Du 10e au 18e jour accès fébriles le soir, sans troubles digestifs, qui disparaissent spontanément. La malade se promène ensuite.	Guérison.	
730	16 décembre 1885. Dr Rouhier.	25	D.	Multil.	Hém.	Réglée à 11 ans 1/2; mariée à 23 ans; 2 enfants. Début reconnu il y a 18 mois, à la suite de poussées de péritonite partielle. Ventre énorme. Parois abdominales amaigries, peu vasculaires (12 pinces). Incision moyenne. Pas d'adhérences. Pas d'ascite. Kyste multiloculaire contenant 16 litres de liquide chocolat. Pédicule long, tordu, lié en 2 parties et réduit.	Guérison.	

§ II. — Petites tumeurs de l'ovaire. Anomalies des organes génitaux. Castration.

731	6 janvier 1885. Drs Warren-Bey et Sola.	45	Les 2 ovaires et les trompes.	Hypertrophie et k. sanguins des ovaires. Trompes remplies de		Fatiguée par les excès génésiques et une vie trop mondaine. Obèse au dernier degré; pèse plus de 100 kilogr. et est très difficile à déplacer dans son lit, même avec un appareil mécanique; 3 enfants. Depuis 9 ans, elle a suivi, en Espagne d'abord, en France ensuite, les traitements les plus variés; injections de nitrate d'argent et de sulfate de cuivre dans la vessie et l'utérus (alternativement); traitements hydrothérapiques dans nos meilleurs établissements,	Guérison.	Nous avons appris que l'année suivante elle avait été reprise de métrite, dont elle avait été vaine-

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
				pus. Endométrite suppurée. Péritonite enkystée suppurée.		sous la direction de collègues expérimentés; application de pessaires dont quelques-uns vraiment monstrueux, à cause d'un certain degré de cystocèle et de rectocèle que d'autres proposaient de traiter par l'excision partielle de la muqueuse vaginale; injections sous-cutanées de morphine répétées si souvent que la peau était couverte de piqûres; régime lacté et tisane de chiendent à hautes doses, exclusifs depuis 2 mois, etc. Tous ces moyens de traitement ont été impuissants à combattre les névralgies utéro-ovariennes et la dysménorrhée épouvantable dont elle se plaint, et n'ont abouti qu'à produire la polydipsie (elle vide à chaque instant un verre qui contient un demi litre), la polyurie (les urines restent claires malgré les injections intravésicales faites chaque jour depuis plusieurs mois), la dyspepsie, les vomissements, la desquamation épidermique de la langue, le muguet, la diarrhée et des idées de suicide tellement invincibles qu'on ne peut la quitter un instant. L'analyse des antécédents, des symptômes locaux et généraux me porte à croire qu'il y a une péritonite enkystée symptomatique d'une inflammation de la trompe et des ovaires, et me décident à pratiquer la gastrotomie, et, s'il y a lieu, la castration, qui avaient été conseillées exclusivement par notre distingué confrère, le Dr Sola. Incision des parois abdominales du pubis à l'ombilic. La main introduite dans le péritoine constate que le paquet de l'intestin grêle est violacé, agglutiné par des adhérences qui réunissent toutes ses anses entre elles ainsi qu'aux parois de l'abdomen et du bassin. En cherchant à dissocier ces anses pour découvrir les ovaires et l'utérus, elle ouvre un foyer de péritonite chronique, pelvienne, enkystée, duquel s'écoulent 2 litres de pus mélangé de sang. Difficulté considérable pour découvrir l'utérus et ses annexes au milieu de toutes ces anses intestinales. L'ovaire droit, hypertrophié, est reconnu et attiré le premier au dehors; sa surface est ridée, couverte de gros sillons, violacée, vascularisée, comme l'albuginite chez l'homme; elle porte une grosse bosselure formée par un kyste sanguin du volume d'un œuf de poule. Elle est entamée par la trompe correspondante, qui est dilatée, suppurée, ramollie. Pincement préventif et ligature du ligament large au-dessous, puis excision de l'ovaire et de la trompe et réduction du pédicule. L'ovaire et la trompe gauche sont plus petits, mais sont également envahis et ramollis par la suppuration, si bien qu'ils se laissent arracher à une faible traction et que nous perdons 10 minutes à chercher et à lier le ligament large au-dessous d'eux. Un peu d'ascite sanguinolente dans l'abdomen. Utérus volumineux, enflammé, maintenu en rétroflexion par des brides péritonéales anciennes. Toilette péritonéale laborieuse. Tube à drainage fixé à l'angle inférieur de la plaie. Difficulté de rentrer le paquet intestinal, que les aides n'ont pu empêcher de sortir, et de fermer le ventre à cause de la longueur de l'incision et de l'obésité des parois abdominales, dont la couche graisseuse sous-cutanée seule a plus de 10 centimètres d'épaisseur. Durée : 1 heure. — Pas d'hémophilie, malgré l'anémie profonde. **Pendant les 5 jours qui suivent l'opération, les soins sont rendus difficiles par l'inconstance des idées, la polydipsie, la morphiomanie. Elle**		**ment traitée par un de nos collègues, et que sous l'impulsion des douleurs qu'elle éprouvait, elle avait fini par se suicider.**

						froid intense, et laisse les bras et la poitrine constamment à nu. Le 6e jour elle consent à prendre un peu de lait coupé d'eau. Les menstrues apparaissent. Pour la première fois, il y a un peu de calme. Le 7e jour l'agitation reparaît à la suite de polyurie, besoins incessants d'uriner, avec cystalgie du col. Le 8e jour elle prend malgré nous une purgation qui amène 14 selles ; elle se sature d'eau d'orge et de queues de cerises. Le 9e jour elle prend 6 potages la nuit, 3 litres de tisane et 3 grammes de sous-nitrate de bismuth, et 2 œufs. Le pouls, qui jusqu'alors n'avait été qu'à 78 et la température à 37°, montent à 90 et à 39°. Ils retombent le lendemain, malgré une loquacité désespérante qui se poursuit jusqu'au 14e jour. A ce moment, la cystalgie persistant, notre collègue Guyon, appelé en consultation, fait une injection de nitrate d'argent dans la vessie. La plaie abdominale s'était réunie par première intention, et le tube à drainage avait pu être retiré depuis plusieurs jours. Le 17e et le 19e jour, Guyon fait de nouvelles injections intravésicales. A notre insu, le Dr Chapmann est appelé par la malade, et la fait coucher sur un sac de glace qu'il fait fixer sur le dos. Le lendemain, broncho-pneumonie aiguë, avec accès de toux tellement violents que la plaie abdominale, qui était réunie depuis longtemps par première intention et consolidée par des fils collodionnés appliqués sur la peau, se rouvre et met la vie en péril. T = 40 ; P = 120. Guérie de sa bronchite par le Dr Boulay, elle rentre chez elle le 25e jour, la plaie à nouveau cicatrisée. A la suite Guyon fait disparaître la cystalgie par les injections argentiques, et Boulay la dyspepsie par les lavages de l'estomac. Les idées de suicide cèdent et la santé revient.		
732	14 avril 1885. Dr Aubeau.	28	Ovaire droit et bassin.	Un.	Pil.	Réglée à 12 ans. Veuve d'un officier ivrogne, qui la frappait, a dissipé toute sa fortune et a fini par mourir pendant qu'on plaidait la séparation de corps. Petite, amaigrie. Bassin très étroit. Mariée à 20 ans ; pas d'enfants. Depuis 4 ans, douleurs iliaques droites et pelviennes, qui résistent à l'hydrothérapie prolongée, aux vésicatoires répétés chaque mois, continues avec redoublements aux époques menstruelles, et dans l'intervalle empêchant la malade à se tenir debout et l'obligeant à garder le lit. Bien que les parois du ventre, qui sont tendues, un peu chargées de graisse, soient dépressibles et affaissées, il est impossible, par le toucher vaginal combiné au toucher rectal, de sentir aucune tumeur appréciable. Incision juste assez grande pour introduire la main à travers les parois abdominales, qui sont hémophiles (50 pinces). Epiploon et intestins agglutinés par des adhérences inflammatoires anciennes qui gênent la recherche de l'utérus et des ovaires. Je finis par sentir l'utérus, dont le côté gauche adhère sur toute sa hauteur à une masse anormale, du volume d'une pomme d'api, qui est tellement adhérente au ligament large, au côté droit du bassin et à l'S iliaque, que je suis obligé de l'attirer et de l'examiner avec le plus grand soin pour reconnaître qu'il ne s'agit pas de scybales dures incluses dans cet intestin, mais bien d'une tumeur à parois blanchâtres, épaisses, ovarienne ou pelvienne, qui est tellement adhérente sur tout son pourtour que je suis obligé d'énucléer avec force ses adhérences pour la décoller et la ramener de bas en haut. Je reconnais alors que la tumeur est implantée sur le ligament large, épaissi par des adhérences anciennes. Je le pince et le lie en 2 parties, et je le réduis après avoir excisé la tumeur. Toilette du péritoine rendue difficile par les adhérences saignantes. Drainage du péritoine. L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'un petit kyste pileux, reconnaissable aux cheveux, à la peau, à la graisse et à une dent implantée sur la tunique interne. (Le dessin est dans ma collection.) Durée : 40 minutes.	Guérison.	

Nos d'ordre.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
733	20 septemb. 1885. Dr Gallard.	21	Ovaire et trompe gauches.		Pu.	Réglée à 16 ans; non mariée. Epuisée par névralgies iliaques gauches et par dysménorrhée douloureuse qui ont résisté aux calmants, aux douches, aux dérivatifs cutanés et intestinaux. Idées de suicide. Parois abdominales amincies, peu saignantes. Incision courte. Recherche de l'utérus et des ovaires rendue difficile par des adhérences d'ancienne pelvi-péritonite. Utérus entraîné en latéro-version gauche, en même temps que l'ovaire gauche qui est doublé de volume et adhérent à la paroi latérale du bassin. Difficulté d'attirer cet organe sans déchirer le ligament large sous-jacent, qui est lié en 2 parties et réduit. L'ovaire et la trompe sont enflammés et suppurés. Durée : 35 minutes.	Guérison.	

§ III. — **Mésentère.**

A. — *Tumeurs liquides.*

Nos d'ordre.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
734	1er mai 1885. Drs de Wecker et Laurent.	59	Mésentère	Cysto-sarcome multil.	Pu.	Réglée à 13 ans; 1 enfant, il y a 20 ans. Epuisée par causes morales (perte de son mari), par causes physiques (impossibilité de gagner sa vie) et par les douleurs, qui sont telles, qu'elle avait tenté de se suicider au moment où elle m'a été recommandée. Aide des commémoratifs, qui apprennent que la tumeur a débuté à l'épigastre et qu'elle s'est développée vers l'hypogastre, par la situation médiane et par la fluctuation de la tumeur, nous diagnostiquons : kyste mésentérique, ce qui est exact. Parois abdominales infiltrées jusqu'à l'ombilic, de même que les membres inférieurs, riches en veines sous-cutanées, dilatées, comme si la veine-cave inférieure était comprimée. Incision étendue du pubis à l'épigastre, montrant que la tumeur a la teinte rouge, violacée des kystes utérins, et qu'il y a peu d'ascite. La ponction de 2 grandes loges donne 12 litres de pus et diminue à peine le volume de la masse totale, mais permet de décoller l'épiploon qui est relié par des adhérences saignantes à toute la face antérieure (6 ligatures), de reconnaître que la tumeur est implantée en arrière entre les deux feuillets du mésentère, sur toute leur hauteur, depuis l'estomac jusqu'au bassin, qu'elle refoule à sa surface l'intestin grêle, le côlon descendant et l'S iliaque dont la dissection est rendue longue et laborieuse par l'état phlegmasique, œdématié, induré du tissu cellulaire qui les sépare (40 pinces, 16 ligatures). J'ai soin, en disséquant, de faire le pincement préventif avec les pinces à mors longs et courbes et de conserver le plus possible l'enveloppe péritonéale. J'extrais 12 litres de pus des dernières loges, et le kyste qui pèse 2 kilogr., puis je ferme avec soin par suture, en les adossant, les feuillets péritonéaux conservés. Aucune goutte de liquide n'est tombée dans le péritoine au cours de l'opération, qui a duré 1 h. 1/4.	Guérison.	Pendant la convalescence, est prise d'accidents pleuraux et pulmonaires, que le médecin traitant attribue à la généralisation du cancer et qui ne tardent pas à entraîner la mort.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	A vu une fois ses règles, à 14 ans et ensuite à 18 ans. Veuve, pas d'en-		

					par les pertes sanguines fréquentes qu'elle a eues pendant 3 ans et qui, depuis 18 mois, ont été suivies d'une aménorrhée complète, par le développement énorme du ventre depuis 2 ans 1/2, et par l'inanition portée au point que pendant le séjour de 2 mois qu'elle vient de faire à l'hôpital elle n'a pas pris de nourriture. Parois abdominales minces, peu vasculaires. Incision du pubis à l'ombilic. La tumeur se présente sous la forme d'un kyste à parois rougeâtres, dont la coloration rappelle celle de l'utérus hypertrophié, mesurant toute la hauteur de l'abdomen dans le sens vertical, très large transversalement, recouvert par l'épiploon très adhérent sur une grande surface (6 ligatures) et par des anses d'intestin grêle soulevées. La ponction avec un gros trocart donne 10 litres de liquide sanguin, chocolat, mélangé de pus. Nous reconnaissons alors que le kyste est uniloculaire, qu'il a soulevé une anse d'intestin grêle longue de 15 centimètres, le côlon descendant, l'*S* iliaque et leurs mésos, qui sont étalés de tous côtés et tellement adhérents par places qu'ils semblent entrer dans la composition des parois. En disséquant l'intestin grêle, je reconnais une surface au niveau de laquelle le kyste se vide en partie dans l'intestin par une ulcération de 3 centimètres de diamètre. J'excise les bords de l'intestin ulcéré, je les réunis par 6 points de suture de soie à anses séparées et je les réduis. En poursuivant la dissection, je reconnais que la tumeur a pris naissance dans le mésentere dont elle occupe toute l'étendue, depuis l'estomac jusqu'au bassin au niveau duquel elle est reliée par des adhérences inflammatoires à la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, molles, faciles à détacher. Le milieu de la face postérieure du kyste est tellement adhérent aux organes prévertébraux que je prends le parti de m'en tenir à ma méthode de traitement par excision et par suppuration des kystes uniloculaires de l'abdomen et du bassin. Les bords excisés sont reliés à l'ouverture de la plaie pariétale par 20 points de suture placés de chaque côté, et un gros tube de caoutchouc fenêtré est placé à demeure pour faciliter les pansements antiseptiques. Pansement iodoformé, ouaté, compressif. Durée : 1 h. 1/2. Les suites immédiates sont des plus favorables. Pas de fièvre. Mais la malade s'alimente trop peu pour résister à la faiblesse qui avait épuisé ses forces avant l'opération.		tance de l'inanition.
					B. — *Tumeurs solides.*		
736	23 juin 1885. Dr Menu.	30		Lipome.	2 enfants; cessation des règles depuis 3 mois. Etat général déplorable; nervosisme. Début il y a 1 an. Actuellement tumeur abdominale volumineuse, médiane, autant liquide que solide, pseudo-fluctuante par places. Anesthésie difficilement supportée. Après ouverture de la cavité abdominale, la tumeur est reconnue intramésentérique, nettement lipomateuse. Incision du feuillet séreux et énucléation sans morcellement. 20 ligatures sur le pédicule; rapprochement des 2 feuillets séreux. L'utérus a le volume d'un utérus gravide de 2 à 3 mois. Suture de la plaie pariétale, un drain en bas. Pansement antiseptique et compressif. Durée : 1 heure. (Voy. *Obs. in extenso in Gaz. hôpit.*, p. 305, 1886.)	Guérison.	Pas de fièvre; sort guérie le 18e jour. Accouche à terme d'un enfant bien constitué.
737	9 décembre 1885. Drs Marcotte et Barrault.	18		Tubercules	Bien réglée depuis l'âge de 13 ans; pâle, a beaucoup maigri. Début il y a 2 ans, dans l'hypochondre et la fosse iliaque gauches; indolente puis douloureuse. Actuellement tumeur ressemblant absolument à une rate hypertrophiée. Anesthésie. Incision de la paroi; la vessie remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic; nous la respectons. Tumeur intra-mésentérique blanchâtre,	Guérison.	Apyrexie. — Se lève au bout de 15 jours. Un mois plus tard, vomissements bilieux

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						encéphaloïde, bosselée. Incision de la séreuse ; ablation par morcellement. Lobes nombreux (15 à 20) avec matière stéatomateuse verdâtre au centre ; du pus en certains points. Il ne tombe rien dans la cavité péritonéale. Adossement des deux feuillets mésentériques ; sutures profonde et superficielle. Durée de l'opération : 2 heures. (Voy. *Obs. in extenso in Gaz. hôpit.*, p. 544, 1886.)		qui cèdent aux lavages de l'estomac ; 15 jours après, abcès sur le trajet d'un des fils, avec phénomènes péritonitiques. — Ouverture de l'abcès. Guérison.
738	9 janvier 1885. Dr Fromentel.	29	G. Bassin.	Fibro-sarcome kystique compliqué d'ascite.		Grande, très amaigrie, aspect cachectique. Grand'mère et mère morte de cancer utérin. Frère mort de phtisie pulmonaire. Début reconnu il y a 6 mois. A cette époque tumeur fixe rétro-utérine, qui s'est étendue d'abord sur les côtés du bassin, puis du côté de l'utérus, auquel elle s'est accolée. Développement tellement rapide depuis 3 mois que l'utérus est entouré, de même que ses annexes, au point qu'il semble avoir été le point de départ de la tumeur. Il y a un mois, elle occupait seulement le bassin ; aujourd'hui elle remplit le ventre en totalité. Cette marche rapide, jointe à la multiplicité des lobes de la tumeur, sa consistance solide, sarcomateuse, parsemée de kystes, et les antécédents héréditaires, autorisent avec raison à croire qu'il s'agit d'un sarcome encéphaloïde du bassin. — Incision du pubis à l'épigastre : 6 litres d'ascite jaunâtre, un peu rosée dans le péritoine. Tumeur blanchâtre, jaunâtre, violacée, kystique par places. La première poche donne 1 litre de sérosité sanguinolente à la ponction et s'affaisse. Plusieurs autres donnent 3 litres de sang à l'incision, mais ne s'affaissent pas, tant le tissu qui les double est épais et résistant. Nécessité, pour attirer la tumeur au dehors, de la traverser avec un trocart long et courbe, qui déchire un peu le tissu friable dans l'épaisseur duquel il prend appui. Il en résulte qu'un litre de liquide infiltré s'écoule le long de l'instrument. Dès que la portion abdominale est attirée au dehors, elle est excisée par morcellement, sans perte de sang, grâce au pincement préventif. Nous voyons alors que la portion pelvienne englobe l'utérus, les ovaires et les ligaments larges, et s'implante dans le périoste qui recouvre la partie latérale et supérieure gauche du bassin. Pincement préventif des vaisseaux placés sur les côtés, permettant de détacher le péritoine, l'utérus, les ligaments larges, d'isoler la tumeur et de l'enlever par morcellement jusqu'à la base (inclusivement). L'ablation de la portion la plus profonde est tout particulièrement laborieuse à cause de la friabilité du tissu morbide en ce point. Toilette et drainage hypogastrique du péritoine. Durée : 30 minutes. — 8e jour, la malade est prise subitement de méningite avec cris et agitation tellement violents que, malgré les moyens locaux et généraux appropriés, elle ne tarde pas à succomber.	Est prise le 8e jour d'accidents méningitiques auxquels elle succombe.	
739	21 juillet 1885. Dr Goreki.	40	Périoste de la face	Fibro-sarcome		Réglée à 12 ans ; non mariée. Lymphatique, faible, d'aspect cachectique. Père et mère morts jeunes. Début reconnu il y a 8 mois, en arrière de l'utérus,	Guérison.	Pas de récidive.

						rapidement, a refoulé l'utérus vers le pubis, et a donné lieu à la formation d'une ascite abondante à marche aiguë. Malgré la certitude du cancer annoncée à l'avance, la famille exige l'intervention chirurgicale comme étant l'unique ressource. Incision moyenne. Parois abdominales vasculaires (20 pinces). 6 litres d'ascite sale, jaunâtre. Tumeur remontant à l'épigastre, recouverte par l'épiploon et l'intestin grêle, qui sont reliés par des adhérences molles, vasculaires, qui sont détachées avec le plus grand soin (16 ligatures). Ponction des parties ramollies donnant 2 litres de sérosité sanguinolente et diminuant peu sensiblement le volume de la tumeur. Ablation par pincement et morcellement facile de la portion abdominale, tres difficile de la portion pelvienne à cause de ses adhérences avec l'utérus, aux ovaires, aux trompes, à la vessie et au rectum, qui sont décollés avec le plus grand soin (45 ligatures). On voit alors que la tumeur a pris naissance sur une étendue de 6 à 8 centimètres de diamètre sur le périoste de la face antérieure du sacrum, qui est enlevé et ruginé avec soin et recouvert par le péritoine suturé. Toilette et drainage hypogastrique du péritoine. Durée : 55 minutes.		
740	10 novembre 1885 D[r] Goupil.	53	Aponévroses et périoste du bassin.	Fibro-sarcome.		Grande, très amaigrie; réglée à 12 ans. Fille publique; mariée récemment à un étranger, de conduite sordide. Figure couperosée, acnéique des alcooliques. La tumeur remplit l'abdomen au point qu'elle cause de la dyspnée, des douleurs intolérables et l'impossibilité de marcher. Début reconnu il y a 6 mois. A cette époque la tumeur était limitée au bassin, au fond duquel elle était largement implantée. Depuis cette époque elle a remonté dans l'abdomen, entraînant manifestement avec elle l'utérus, la vessie et le paquet des intestins. A cette époque, il nous est impossible de reconnaître l'implantation de la tumeur, qui est manifestement solide, et nous ne nous résignons à opérer que sur la volonté formelle de la malade. — Parois abdominales vasculaires, très amincies, incisées du pubis à l'épigastre. Leur section montre que la vessie remonte à l'ombilic et qu'elle a été refoulée à cette hauteur en même temps que le péritoine pariétal par la tumeur, de sorte qu'elle aurait été parfaitement coupée si nous n'avions fait au préalable le cathétérisme. Le péritoine ouvert au-dessus, à l'épigastre, montre qu'au niveau de l'ombilic il forme une bride transversale, épaisse, qui descend de chaque côté vers les fosses iliaques en recouvrant la tumeur dans toute cette étendue. Il en résulte que celle-ci est difficilement accessible dans sa moitié inférieure, d'autant plus qu'elle est visiblement recouverte de ce côté par des vaisseaux nombreux, considérables, veineux surtout, tellement dilatés que je suis obligé d'en pincer 50 et de procéder avec une extrême lenteur à la dissection circulaire de toute cette partie du péritoine en avant et sur les côtés. Nous attirons plus facilement au dehors la portion supérieure de la tumeur, et nous parvenons à la faire basculer. Nous reconnaissons alors que la face postérieure de la masse morbide s'étend de l'épigastre au cul-de-sac de Douglas, en dédoublant les 2 feuillets du mésentère. Je sectionne ces feuillets, je les dissèque de haut en bas et je reconnais, chemin faisant, que le cul-de-sac de Douglas, l'S iliaque et le cæcum sont soulevés jusqu'à la hauteur de la partie moyenne de la tumeur, dont ils constituent une partie de l'enveloppe. Je prends alors le parti de couper le péritoine au niveau du cul-de-sac de Douglas, et de le décortiquer en arrière et sur les côtés de la tumeur en passant au-dessous des anses intestinales. Ce décollement nécessite l'ouverture de nombreux vaisseaux et de larges sinus veineux qui nécessitent 40 pinces, comme pour la partie antérieure de la tumeur.	Guérison.	Pendant la convalescence, est reprise d'accès de délirium tremens auxquels elle succombe.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						Ce détachement entraîne la perte de 100 grammes de sang, malgré toutes les précautions prises pour l'éviter. Cette dissection faite, je saisis avec des pinces à mors longs et courbes les deux replis formés par le mésentere, le mésocôlon et le mésocæcum disséqués; je poursuis la dissection latéralement du côté du bassin en faisant le pincement préventif de l'utérus et des ligaments larges, puis je réseque toute la portion abdominale. Il ne me reste plus alors qu'à enlever par dissection la portion pelvienne, qui représente environ le tiers de la masse totale. Grâce au pincement préventif, j'en poursuis la dissection assez facilement, excepté au niveau de la vessie, avec laquelle les adhérences sont extrêmement intimes. Je coupe ensuite verticalement la tumeur en même temps que l'utérus sur la ligne médiane, et je reconnais qu'elle est implantée sur toute l'étendue du plancher pelvien. Je poursuis alors la dissection de gauche à droite, jusqu'au col de l'utérus, en m'aidant du pincement et de plusieurs ligatures métalliques; je détache, en passant, l'utérus et ses annexes, en rasant la partie supérieure du vagin, et j'achève de même la dissection du côté droit. Je ferme ensuite l'utérus au moyen de sutures, à anses séparées sur la muqueuse et à anses entrecroisées sur la musculeuse. Puis je recouvre le fond du bassin avec les feuillets séreux du mésocôlon, du mésocæcum, de l'S iliaque et des parois du bassin qui ont été le mieux possible ménagés; je les suture par places, je les réunis par ligatures dans d'autres, et je termine en faisant la toilette du péritoine et le drainage abdominal du tissu cellulaire sous-jacent. Durée : 1 h. 1/2. — Les suites de l'opération ont été surprenantes. Le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de 100 et la température au delà de 38, malgré l'agitation alcoolique que nous avons soin de combattre avec l'alcool et l'opium. Malheureusement, dans la convalescence, elle est reprise d'accès de délirium tremens qui résistent aux moyens médicaux et auxquels elle succombe.		

§ IV. — Péritoine.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
741	14 janvier 1885. Dr Boulay.	48		Pelvi-péritonite suppurée, compliquée de métrite et de tubite.		Réglée à 12 ans; mariée à 25 ans; 2 enfants. Epuisée par souffrances physiques (inconduite) et morales. Herpétique. Diabète depuis six mois (40 gr. de sucre par litre). Depuis un an, symptômes de péritonite pelvienne traitée sans succès par plusieurs médecins et causant des troubles digestifs et des névralgies lombo-abdominales tellement intolérables que la malade, persuadée qu'elle est affectée d'un fibrome utérin, sur l'avis de deux consultants, exige l'ouverture de l'abdomen. Diagnostic exact : métrite à répétition compliquée de péritonite suppurée. Parois abdominales épaisses, flasques, peu vasculaires. Leur incision, étendue du pubis à l'ombilic, montre les intestins et le péritoine viscéral très vasculaires et adhérents du côté de l'hypogastre, et un peu d'ascite rosée. Décollement des anses adhérentes, montrant que l'utérus doublé de volume et ses annexes sont enflammés et reliés aux intestins et aux parois du	Guérison.	

						dans cette cavité au moyen d'une pince qui est passée à travers le cul-de-sac postérieur du vagin, et fixé dans cette position par un point de suture métallique. Excision des trompes, qui sont dilatées, kystiques, remplies de pus, et ligature de leur pédicule au ras de l'utérus. Toilette complète du péritoine. Fermeture du ventre. Durée : 40 minutes. Le tube est enlevé le 40e jour.		
742	5 mars 1885. Dr Darses.			Tumeurs végétantes du péritoine pelvien.		L'observation a été publiée *in extenso* à la page 218 du t. IV des *Leçons cliniques*.	Guérison.	Pendant la convalescence, meurt d'épuisement.
743	Vers le 19 février 1885. — Hôpital.			Hernie crurale épiploïque.		Voir l'observation *in extenso*, p. 620, t. VII des *Leçons cliniques*.	Guérison.	
744	20 avril 1885. Hôpital.	46	Abdominale et pelvienne.	Péritonite enkystée.	Hém. et pu.	Réglée à 12 ans; non mariée. Très affaiblie par poussées de péritonite à répétition depuis 2 ans 1/2. Dysménorrhée depuis 6 mois. Tumeur reconnue dans le bassin, au côté droit de l'utérus à cette époque, fixe, s'étendant aux fosses iliaques, remontant à égale distance du pubis à l'ombilic, prise pour fibrome kystique de l'utérus. Depuis 15 jours, vomissements continuels, tympanisme, névralgies intolérables. Parois abdominales minces. Incision courte. Epiploon et intestins vascularisés, agglutinés par des adhérences solides, qui les relient aux parois et aux viscères des fosses iliaques et du bassin. Le détachement partiel de ces adhérences montre aussitôt qu'il s'agit d'une péritonite enkystée, ancienne, à parois couvertes de caillots et de fausses membranes, à contenu hématique et purulent (4 litres). Liquide épongé avec soin. Toilette du kyste. Les lèvres, décollées au niveau de l'épiploon, sont attirées et suturées à l'angle inférieur de la plaie. Long tube à drainage, fenêtré à l'extrémité abdominale, placé dans le kyste, fixe à l'angle inférieur de la plaie et formant siphon à l'extérieur pour l'écoulement ultérieur des liquides et les injections antiseptiques faites au moyen d'une sonde introduite dans son intérieur et propre à établir un double courant. Durée : 30 min. Tube enlevé après 3 mois.	Guérison.	
745	16 juin 1885. Drs Tardieu et Baldy.	58	La totalité du péritoine.	Epithélioma. Incision exploratrice.		Réglée à 12 ans; mariée à 22 ans. Paysanne robuste; 2 enfants. Début reconnu : 8 mois. Développement rapide depuis 6 mois. La marche rapide et les signes donnés par l'abdomen, le vagin et le rectum nous portent à croire qu'il s'agit d'une ascite symptomatique d'un cancer diffus du péritoine plutôt que d'une tumeur bénigne. Méhu, par une remarquable analyse du liquide extrait par la ponction il y a 15 jours, confirme ce diagnostic. La malade et la famille exigent l'incision exploratrice. — Parois abdominales vasculaires hémophiliques incisées du pubis à l'ombilic. Péritoine rempli de 15 litres de liquide ascitique, brunâtre, visqueux, tellement semblable à celui de certains kystes ovariens qu'il aurait pu en imposer. Dès que ce liquide est évacué, nous reconnaissons que le péritoine pariétal et viscéral abdominal et pelvien est couvert, dans sa totalité, de granulations et d'amas végétants, manifestement épithéliaux. Drainage hypogastrique pendant 36 heures. Fermeture complète du ventre. Durée : 12 minutes. Petit suintement par la plaie jusqu'au 15e jour. Retourne chez elle le 17e jour, en bonne santé.	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
746	28 juillet 1886. Drs Gallard, Charpentier et Gros.	25	Péritonite enkystée du bassin et de la partie inférieure du bassin.		Sé. et pu.	Réglée à 12 ans; mariée à 22 ans. Maigre, débile, anémiée. Nervosisme congénital, exaspéré par la mort de son mari, qui a succombé à une phtisie galopante il y a 5 mois, pendant qu'elle était enceinte, 2 mois 1/2 avant qu'elle mît au monde un garçon très délicat. Début reconnu il y a 15 mois par Gallard, qui avait diagnostiqué une pelvi-péritonite franche sans tubercules ni cancer local. Au début de sa grossesse, son accoucheur et un de nos collègues crurent à un kyste de l'ovaire, malgré l'opinion motivée de Gallard, qui reconnut également le premier qu'elle devenait enceinte. Après l'accouchement, plusieurs confrères n'avaient pas encore reconnu la cause des souffrances persistantes, lorsque Gallard constata la présence d'une collection liquide, médiane, remplissant le bassin et l'abdomen, que j'ai vu moi-même il y a 15 jours. Les signes étaient alors ceux d'un kyste ovarique, adhérent, uniloculaire; mais des antécédents nous portèrent à diagnostiquer une péritonite enkystée, dont la marche avait été surexcitée par la grossesse et ses suites. Parois abdominales minces, très vasculaires, incisées du pubis à l'épigastre. Péritoine pariétal très épaissi. Dès qu'il est incisé, nous voyons s'écouler 15 litres de liquide séreux, purulent, un peu visqueux, tellement semblable à celui de certains kystes ovariques, que nous crûmes tout d'abord qu'il provenait d'une tumeur rompue de ce genre dont le liquide se serait enkysté à côté d'elle dans le péritoine abdominal. L'ouverture large de l'abdomen nous montre qu'il n'y a rien de semblable, que l'utérus et ses annexes sont sains et entourent, de même que l'épiploon, le paquet des intestins et les parois pelviennes et abdominales, une vaste poche uniloculaire, à parois enflammées, suppurées, glutineuses, friables, que je prends soin de ne pas érailler. Après l'avoir bien explorée, je la nettoie soigneusement avec des éponges, j'y place à demeure un tube de caoutchouc fenêtré, dont l'extrémité libre sort par l'angle inférieur de la plaie faite à la paroi abdominale dont le reste est complètement fermé par suture. Durée : 30 minutes. Suites des plus favorables. Guérison complète en 60 jours.	Guérison.	Nous avons appris que l'année suivante elle avait contracté une pneumonie double à frigore, à laquelle elle avait succombé.
747	19 novembre 1885. Dr Siredey.	25	Péritoine pelvien.	Tumeurs végétantes.		L'observation a été publiée *in extenso* à la page 221 du t. IV des *Cliniques chirurgicales*.	Guérison.	
748	21 décembre 1885. Dr Béal.	25	La totalité du péritoine.	Epithélioma. Incision exploratrice.		Réglée à 14 ans; toujours bien depuis; non mariée; 2 enfants. Très amaigrie. Début reconnu il y a 15 mois. Depuis un an : 2 ponctions ayant donné chacune 10 litres d'ascite analogue au liquide des kystes ovariens. A son arrivée à l'hôpital, nous reconnaissons une ascite symptomatique de granulations et de végétations du péritoine. L'incision exploratrice, faite avec le concours de notre collègue Félizet, montre que la paroi abdominale, très distendue, est très vasculaire (10 pinces sur des artères et veines dilatées); — que le péritoine contient 20 litres de liquide grisâtre, visqueux, ascitique, complètement semblable à celui de certains kystes ovariens; — que l'épiploon est adhérent à la paroi abdominale, gêne l'exploration avec la main et doit être réséqué après ligatures perdues; — qu'il est chargé, de même que tout le reste du péri-	Guérison.	

						tions jaunâtres, grisâtres, d'aspect cancéreux plutôt qu'inflammatoires, sans ganglions mésentériques ou iliaques, sans cause apparente dans chacun des organes du ventre et du bassin. Durée : 10 minutes. — Retourne guérie chez elle le 9e jour.		

§ V. — Rein.

749	31 mars 1885. Drs Brest et Barrault.	46	D.	Néphrite et fistule stercorale traumatiques.	Pu.	Réglée à 13 ans; mariée à 28 ans; 1 enfant. Pas de maladies antérieures. Il y a 2 ans, reçoit dans le flanc droit un coup de timon de voiture, qui la renverse à terre en lui faisant perdre connaissance. A la suite, douleurs s'irradiant dans la cuisse, épanchement sanguin sous-cutané, hématurie et péritonite qui l'obligèrent à garder le lit; plus tard, poussées de péritonite circonscrite, qui amènent le nervosisme avec état syncopal, et enfin apparition d'un gonflement pâteux s'étendant en avant et en arrière du rein droit, accompagné de fièvre, de frissons et de troubles digestifs. Il y a 6 semaines, cette tumeur s'étend du côté de la fosse iliaque droite et du pubis, au niveau duquel elle s'ouvre, donnant issue à du pus et à des gaz. — Anesthésie. Agrandissement de la fistule sus-pubienne dans la direction de la fosse iliaque et du rein droit, montrant un vaste foyer sous-cutané communiquant à travers la paroi musculaire, avec un foyer profond qui se dirige du côté du rein. A ce niveau les muscles sont détruits jusqu'au péritoine sur une longueur de 3 centimètres. Le raclage des fongosités qui tapisse ces foyers en montre un autre qui traverse la couche musculaire au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et conduit dans un autre foyer profond, purulent, mélangé de matières fécales, situé entre le péritoine et le rein droit. Je fais alors une incision verticale allant de l'épine iliaque aux côtes, intéressant la peau, le tissu cellulaire, les muscles et les aponévroses. Je reconnais que le foyer extra-péritonéal est étendu de la fosse iliaque au foie, qu'il refoule le carré lombaire en arrière, les intestins en avant, et que le rein est parsemé de foyers purulents, blanchâtres, séparés par des portions parenchymateuses, noirâtres, friables, qui cedent sous le doigt ou les pinces. Je lie le hile en masse, et j'extrais l'organe sans difficulté. Pour faciliter l'issue du pus, je passe un tube à drainage avec un gros trocart en arrière à travers le carré lombaire, et un autre en avant par le foyer pubien, je les fixe sur un point de la plaie dont je ferme le reste par des sutures de soie à anses séparées. Pendant l'opération, quelques gaz passèrent du côlon dans le foyer purulent, mais pas de matières fécales. J'avais donc lieu d'espérer que la petite perforation intestinale disparaîtrait avec la cicatrisation de tout ce vaste foyer. Durée : 1 h. 1/2. Pansement à l'iodoforme et au sublimé. Guérison rapide. La malade se lève le 21e jour. — 2 mois 1/2 après l'opération, crises de gastralgie, réapparition d'une fistulette stercorale. Nous nous disposons à la traiter quand la malade et la famille, mal conseillées par un confrère, s'en remettent à lui du soin de la traiter, bien à tort, car nous avons appris qu'au lieu de guérir la malade, il l'avait conduite au tombeau. (L'observation a été publiée *in extenso* par Brodeur. Thèses de Paris, 1886.)	Guérison.	3 mois après, apparition d'une fistulette stercorale traitée sans succès par un autre confrère.
750	9 juin 1885. Drs Vigne et Brodeur.	44	D.	Néphrite et périnéphrite.	Pu.	Réglée à 14 ans; mariée à 25 ans; pas d'enfants. Epuisée; très amaigrie. Depuis 12 ans, douleurs rénales et aggravations de la toux qu'elle avait depuis l'enfance, attribuée par le médecin traitant à des granulations pharyngées. Il y a 4 ans, métrite aiguë; quelques mois après, urines blanchâtres, sangui-	Guérison.	En 1887, nous fîmes la néphrorrhaphie du rein gauche avec succès.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES ÉLOIGNÉES.	SUITES IMMÉDIATES.
						nolentes par crises; aggravation des douleurs, qui rendent la marche pénible. Il y a 2 mois, fièvre, frissons, $T = 39°$, tuméfaction insolite du flanc droit, tellement insolite qu'elle empêche le palper de distinguer la limite du rein droit et du foie. Cinq semaines après, la tumeur refoule les fausses côtes, le carré lombaire, la paroi abdominale, fait une voussure en avant, au delà de l'ombilic, en bas dans la fosse iliaque droite, et devient fluctuante. Aujourd'hui la tumeur mate dans toute son étendue, déborde la ligne médiane à l'épigastre et à l'ombilic, fait une voussure considérable du côté du carré lombaire, et s'étend des côtes à la fosse iliaque droite. Urines purulentes, sans graviers. — Anesthésie; section verticale étendue des côtes en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, intéressant la peau, les muscles, les aponévroses, nécessitant le pincement de 6 artérioles. Cette incision ouvre un large foyer purulent, extra-péritonéal qui contenait 5 litres de pus fétide. La main introduite dans ce vaste abcès montre qu'il s'engage sous les côtes et le foie, refoule le paquet intestinal, qui fait en avant une saillie inégale et communique avec plusieurs abcès parenchymateux du rein droit dont il a détruit par suppuration l'atmosphère graisseuse. Pour faciliter l'écoulement du pus et la toilette du foyer, nous inclinons la malade de ce côté et je passe un gros tube à drainage en arrière à travers le carré lombaire. Deux pinces à mors courbes placées l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure du hile, permettent de le lier en dedans et d'exciser le rein en dehors d'elles. Cavité purulente lavée ensuite avec l'eau phéniquée au 20°, et fermeture de la plaie avec des anses superficielles et profondes de soie et d'argent. Pansement iodoformé, phéniqué, ouaté, légèrement compressif. Durée : 35 minutes. — L'examen du rein montre qu'il est presque entièrement détruit par la suppuration. (L'observation a été publiée *in extenso* par Brodeur. Thèse de Paris, 1886.)		
751	29 décembre 1885.	22	D.	Rein mobile.		Réglée à 17 ans; non mariée. Père goutteux, âgé de 63 ans. Mère morte à 47 ans de cancer utérin. Plusieurs parents morts phtisiques du côté maternel. Dans l'enfance, santé délicate; bronchites fréquentes. Pleurésie à 16 ans; fièvre typhoïde à 18 ans. A toujours souffert des reins quand elle voulait se lever de son siège. Dysménorrhée. Il y a 6 ans, chute de la hauteur de 4 mètres, à plat ventre, sur des morceaux de bois, suivie de perte de connaissance et de douleurs vésicales qui l'obligèrent à passer 3 mois à l'hôpital. A cette époque, le palper devint tellement douloureux, qu'il provoquait des convulsions. Malgré le traitement, l'état local ne s'améliore pas. Il y a 3 ans, Siredey la traite en vain pendant 1 an par les dérivatifs locaux les plus énergiques, le repos horizontal prolongé, la ceinture ventriere à pelote compressive. et constate que tous les symptômes sont dus à la mobilité anormale du rein droit. — Depuis cette époque, tout travail devenant impossible, elle m'est adressée par Siredey pour que je pratique la néphrectomie. — A son entrée à Saint-Louis, nous reconnaissons que le rein droit est mobile, tellement douloureux qu'il est impossible à toucher lorsqu'elle est couchée sur le dos, qu'il se rapproche assez de la paroi abdominale antérieure [illegible]	Guérison.	

						vers la fosse iliaque droite que sous la face inférieure du foie et du côté gauche de la ligne médiane. Sous l'influence de cette affection, la malade éprouve du péritonisme, des vomissements, du hoquet, du nervosisme, de la toux et même des hémoptysies qui nous font craindre une tuberculose pulmonaire et même rénale, que l'auscultation de la poitrine et l'analyse des urines nous autorisent à rejeter. Dans ces conditions, nous pratiquons la néphrectomie droite conseillée à juste raison par Siredey. — Anesthésie. Décubitus latéro-abdominal gauche avec coussin sous le flanc correspondant, jambes et tronc légèrement fléchis. Incision verticale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané le long du bord externe du sacro-lombaire, débordant les côtes et la crête iliaque de 6 à 8 centimètres. Section des muscles et des aponévroses nécessitant 60 pinces sur les artérioles et les veinules. Pour mieux découvrir le rein, qui est profondément situé, je sectionne le bord antérieur du carré lombaire à 1 centimètre au-dessus de la crête iliaque, pour pincer plus facilement les vaisseaux qui longent cette dernière. Nous voyons alors le rein sous le foie. J'incise sa capsule propre, je la coupe, et j'énuclée la substance propre de l'organe avec les doigts, la spatule et les ciseaux jusqu'au hile (méthode sous-capsulée). Ce temps de l'opération ne nécessita le pincement d'aucun vaisseau. J'applique ensuite sur le hile deux pinces à mors plats, larges, courbés sur le champ, verticalement, l'un à la partie supérieure, l'autre à l'inférieure; je le traverse ensuite en dedans avec une aiguille munie d'un fil double qui me permet de le lier en 2 parties; puis j'excise le rein en dehors. Nous sommes ensuite frappé de l'étendue de la cavité dans laquelle flottait le rein au milieu de son atmosphère graisseuse. Nous retirons les pinces laissées sur les vaisseaux en laissant 10 ligatures de soie et 16 de catgut, et nous fermons complètement la plaie au moyen de 10 sutures à anses séparées, profondes et superficielles (6 de soie, 4 d'argent), comprenant toutes les couches jusqu'à l'atmosphère graisseuse inclusivement. Pansement iodoformé, phéniqué, ouaté, compressif. (Voy. obs. *in extenso,* Dr Brodeur. Thèse de Paris, 1886, p. 30.)		
752	31 décembre 1885. Dr Guyon.	33	C.	Pyélo-néphrite diffuse.	Pu.	Réglée à 13 ans 1/2; 2 enfants. Mère morte d'un cancer de l'estomac. Depuis 6 ans, douleurs du rein gauche, s'irradiant vers la cuisse, survenant par crises tous les deux ou trois mois, avec frissons et fièvre, prises pour des coliques néphrétiques. Il y a 4 ans, traitée par les injections boriquées, par Grancher, pour un catarrhe vésical. Depuis 3 ans, Guyon a reconnu qu'il s'agissait d'une pyélo-néphrite et a prescrit les eaux d'Evian qui faisaient rendre de 3 à 5 litres d'urine par jour, proportionnellement à la quantité d'eau minérale bue. Pendant 2 ans, amélioration. Depuis 1 an, urines fétides, plus rares, douleurs plus vives, augmentation rapide du volume du rein, qui finit par former une tumeur tellement volumineuse que la malade, invoquant l'hérédité, croit à un cancer et, vaincue par les souffrances, réclame instamment la néphrectomie conseillée par plusieurs collègues. Nous reconnaissons alors avec Guyon que la tumeur refoule en arrière la région lombaire, dépasse la ligne médiane de 3 travers de doigt en avant, et s'étend verticalement de l'hypochondre à la fosse iliaque. Elle est tellement douloureuse que le poids seul des draps du lit est intolérable et que, pour éviter la pression des parois abdominales tendues, la malade est obligée de rester continuellement couchée sur le côté droit, les jambes et les cuisses fléchies. Par contre, le palper n'éveille aucune douleur dans le rein droit. En raison du grand volume et de la fièvre, on avait cru à une pyélo-néphrite suppurée, compliquée d'hypertrophie ou d'hydronéphrose	Meurt d'anurie par atrophie ou absence du rein opposé.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						nécessitant la néphrectomie abdominale, transpéritonéale. Je préférai recourir à ma méthode de néphrectomie lombaire, extra-péritonéale, par morcellement, qui m'avait réussi dans des cas analogues, en faisant l'incision au niveau du bord antérieur du carré lombaire et non plus en avant, comme je l'avais fait précédemment et comme Guyon le proposait. — Anesthésie faite par P. Dubois avec son appareil. Incision verticale de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles et de l'aponévrose profonde, suivant mon procédé. Excision du tissu adipeux intra- et sous-musculaire, pour donner du jour. Incision du faux feuillet aponévrotique profond, très épaissi par la propagation de l'inflammation de l'atmosphère adipeuse du rein qu'elle recouvrait. Section de cette atmosphère. Nous voyons le bord externe du rein remarquable par sa coloration blanche, insolite, par une fluctuation manifeste, indiquant du pus. La ponction est faite avec un gros trocart à ce niveau pour conduire au dehors ce pus collecté (100 grammes), fétide, alliacé. Nous procédons ensuite au détachement de la capsule propre du rein, ce qui est possible en avant, en arrière et en bas, impossible en haut à cause des adhérences inflammatoires. Pendant ces recherches, nous découvrons un nouveau foyer purulent à la partie inférieure; nous en retirons 100 grammes de liquide épais, jaune, un peu sanguin, non fétide. Cette double évacuation ne diminuant pas sensiblement le volume de la masse totale, nous avons recours au morcellement avec les pinces à mors courbes, dentés, de mon modèle, dites à langue, et grâce au pincement préventif obtenu avec ces pinces, nous enlevons successivement de la moitié supérieure et de la moitié inférieure une étendue assez grande pour pouvoir décortiquer la capsule à la face antérieure jusqu'au hile, et placer sur celui-ci des pinces qui permettent de disséquer la partie postérieure de la tumeur, très adhérente à l'atmosphère graisseuse, sans perte de sang. Ligature du pédicule en 2 moitiés, excision de la portion restante de l'organe en dehors. Nettoyage phéniqué de la plaie; 6 ligatures de catgut sur les vaisseaux; 2 drains, l'un à l'angle supérieur, l'autre à l'angle inférieur de la plaie, dont le reste est fermé par 8 sutures métalliques profondes et 6 superficielles de soie à anses séparées. Durée : 2 h. 1/2. — L'examen histologique, confirmant l'examen à l'œil nu, a montré que la suppuration avait détruit la plus grande partie du rein, depuis la région pyramidale jusqu'à la couche corticale, en altérant profondément les tubes, les glomérules et les épithéliums. — Bien que la malade n'ait pas eu de fièvre ni de souffrances à la suite de l'opération, nous fûmes effrayé de voir une anurie completète, si bien qu'en 4 jours, même avec la sonde vésicale, nous ne pûmes recueillir qu'une cuillerée à bouche d'urine purulente. Il était donc manifeste que le rein droit était atrophié ou absent, ce qui n'était pas compatible avec la vie. Aussi la malade a-t-elle succombé le 5e jour.		

§ VI. — **Foie et vésicule biliaire.**

				convexe.		… depuis hier, fièvre hectique, pouls filiforme, téguments terreux, extrémités froides. Voyant qu'il s'agit manifestement d'un grand kyste suppuré, probablement hydatique de la face convexe du foie, l'ouverture d'urgence est décidée. Incision verticale longue de 12 centimètres sur la partie la plus saillante, un peu en avant de la vésicule du fiel, intéressant la peau et le tissu cellulaire en dehors des côtes, sur une hauteur de 6 centimètres. Section des muscles et du péritoine au-dessous des côtes, mettant à nu la face externe du kyste qui est peu adhérente. Ponction du kyste donnant 6 litres de pus fétide, mélangé de débris hydatiques et de gaz. Excision de la paroi antérieure de la poche, dont les parties latérales les plus saines sont suturées de chaque côté au péritoine pariétal (16 ligatures de soie à anses séparées). Double tube à drainage destiné à faire siphon, placé dans la portion restante de la poche qui plonge à 15 centimètres de profondeur. L'un des tubes faisant siphon descend jusque dans un vase placé à terre, sur le côté du lit, et est bouché à son extrémité libre par un fosset de façon à être ouvert à volonté. Les jours suivants, la fièvre tombe, le facies s'améliore, les forces et l'embonpoint renaissent. Fils enlevés le 10e jour. — La malade se lève le 28e jour, et garde pendant plusieurs mois un double tube de caoutchouc très court pour continuer les injections antiseptiques au sublimé.	
754	27 avril 1885. Dr Bonnecaze.	55		Kyste de la vésicule biliaire.		Réglée à 15 ans; 2 enfants morts-nés il y a 36 ans. Obèse; santé épuisée par l'inconduite et par de vives douleurs datant de 2 ans, s'étendant de la vésicule biliaire aux régions lombaire et sous-claviculaire. Tumeur située au-dessous de la paroi abdominale et du rebord des fausses côtes droites, du volume d'une tête de fœtus à terme, demi-solide, demi-liquide, fluctuante, simulant un sarcome kystique. En raison de la présence d'une autre tumeur squirrheuse, circonscrite, du sein, nous craignons qu'il s'agisse d'un sarcome kystique du bord inférieur du foie ou de la vésicule biliaire, et nous n'intervenons que sur la volonté expresse de la malade. — Incision verticale de la peau remontant à 6 centimètres au-dessus des côtes, passant au niveau de la vésicule biliaire et descendant à la hauteur de l'ombilic. Incision des muscles et du péritoine depuis la dernière côte jusqu'à l'angle inférieur de la plaie cutanée. Le péritoine ouvert, on voit la tumeur qui est constituée par la vésicule biliaire entourée d'un foyer de péritonite enkystée, situé au-dessous d'elle. haut de 10 centimètres, formé par la paroi abdominale, la face inférieure du foie et l'intestin. La vésicule dilatée, ponctionnée avec un gros trocart, donne 1 litre de liquide épais, jaunâtre, formé par de la bile mélangée de sérosité. Dès qu'elle est vidée, nous voyons ses parois formées par une tunique interne jaunâtre, assez analogue à celle que l'on trouve à l'état normal et par une tunique sclérosée, épaisse d'un 1/2 à 2 centimètres suivant les points. Le doigt et la sonde, introduits dans son intérieur, ne rencontrent pas de calculs et permettent de croire que son canal excréteur est rétréci ou même oblitéré. J'incise le fond de cette vésicule dilatée, et je reconnais que sa paroi externe est reliée au foyer de péritonite enkystée par un cordon fibreux, épais, ancien, par lequel il a sans doute communiqué autrefois avec la vésicule, attendu qu'il se rend jusqu'à la muqueuse qui est recouverte à ce niveau de dépôts jaunâtres, plus épais que sur les autres points. Je coupe ce cordon et j'enlève par dissection toute la vésicule, en prenant les plus grandes précautions pour ne pas blesser le tissu du foie et pour ne pas ouvrir le foyer de péritonite enkystée situé du côté opposé. J'enlève ensuite par grattage et avec douceur d'autres fausses membranes qui tapissent le foyer de péritonite enkystée, et je reconnais	Guérison.

Nos d'ordre.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						de la sorte qu'il ne contient pas de calculs. Ceci fait, je lie avec un fil de soie phéniquée la vésicule près du canal cholédoque, et je réduis ce petit pédicule. Je suture les lèvres du foyer de péritonite enkystée a celles de la portion centrale de la plaie abdominale, de façon à y placer deux gros tubes de caoutchouc fenêtrés à demeure, et je ferme le reste de la plaie par des anses de soie superficielles et profondes. Durée : 1 heure. — L'examen histologique a montré que le liquide séreux, jaunâtre, un peu verdâtre, extrait de la vésicule, contenait des leucocytes nombreux et quelques granules graisseux, se coagulant presque en masse par l'acide picrique ou par la chaleur, et par conséquent très riches en albumine. Les membranes flottantes étaient constituées par des coagulations fibrineuses enserrant des globules sanguins et de nombreux leucocytes modifiés. Çà et là se retrouvaient des lambeaux transparents, jaunâtres, d'aspect feuilleté. La portion sclérosée des parois était constituée par des lamelles fibreuses, avec des cellules plates, interposées, riches en vaisseaux dilatés, irréguliers, à parois épaissies, comme dans les tissus qui ont été depuis longtemps enflammés (Cherbuliez). Les caractères des deux tumeurs sont absolument différents des kystes hydatiques.		
755	21 septembre 1885. Drs Régnier et Rey.	75		Cholécystite.	Pu.	Morphiomane; nervosique. Amaigri, épuisé par des crises de coliques hépatiques qui datent de 4 ans; ne prend que du lait depuis 2 mois. A vu un très grand nombre de médecins éminents qui l'ont abandonné. Ictère à répétition ayant fini par devenir continu au point que les téguments sont noirâtres sur tout le corps. Foie petit à la percussion, introuvable au palper. Impossibilité de sentir la vésicule biliaire au palper, même en mettant les parois du ventre dans le relâchement, ce qui gène singulièrement le diagnostic. Exige l'ouverture du ventre et l'extirpation de la vésicule du fiel, qui a été conseillée par Damaschino, affirmant que si je la refuse il se suicidera en notre présence avec le pistolet qu'il tient à la main plutôt que d'attendre. Incision verticale au niveau de la vésicule biliaire, remontant au-dessus de la 1re côte, qu'elle respecte, et descendant à 10 centimètres au-dessous. Paroi abdominale grasse, hémophile (20 pinces). Ouverture du feuillet pariétal du péritoine au niveau du bord externe du grand droit, que je coupe un peu transversalement à la partie moyenne de la plaie. L'introduction de l'index droit dans la cavité péritonéale, pour sentir les rapports du bord inférieur du foie et de la vésicule, montre que le foie est atrophié, induré, inégal à la surface, cirrhotique, et que la vésicule est entourée d'adhérences épiploïques, épaisses, qui l'englobent en totalité et donnent la sensation caractéristique du côlon transverse. Pour la reconnaître, je soulève ce paquet d'adhérences avec le doigt en dedans et en dehors, et je constate que le col de la vésicule est seul libre. J'agrandis l'incision du péritoine pariétal : dès qu'elle a 5 centimètres de longueur, je reconnais à la vue que le foie ainsi que la vésicule sont cachés sous les côtes, et que la vésicule est reconnaissable sur une surface de 3 centimètres de diamètre à sa coloration blanche, à l'épaississement de ses tuniques, tandis que les portions	.	Meurt des suites de l'inanition, sans fièvre, le 9e jour.

						je constate également que la vésicule est trop profondément située derrière les côtes pour pouvoir l'attirer au dehors, l'ouvrir et la suturer à la paroi abdominale; aussi je prends le parti de la vider avec un trocart long et fin. Cette ponction, qui confirme le diagnostic d'hydropisie de la vésicule enflammée, donne issue à 300 grammes de bile jaunâtre, mélangée de sang et de pus. Dès que cette poche est vidée, je place autour d'elle des éponges et des serviettes disposées de façon à empêcher la bile de passer dans le péritoine. Je place alors 3 pinces hémostatiques à mors longs et courbes entre la vésicule et la face inférieure du foie, de façon à me permettre, sans perdre de sang, d'enlever la vésicule en commençant la dissection par le fond. Cette dissection, facilitée par l'épaississement et la résistance des tuniques, donne un peu de sang, ce qui m'oblige à placer 5 pinces sur le foie pour faire l'hémostasie temporaire. Dès que la vésicule est mobilisée, je l'incise et je plonge l'index entier dans son intérieur jusqu'à l'embouchure du canal cholédoque et du canal cystique, sans reconnaître de calculs. J'introduis un cathéter dans ces canaux, et je constate qu'ils ne contiennent ni calcul ni gravier capables de donner une sensation de choc, de dureté, mais que par places ils présentent des dilatations anormales, et que leur tunique interne, comme celle de la vésicule, est violacée, très épaissie. Ceci fait, je lie la vésicule au niveau de son col et je l'excise en dehors, sans qu'aucune goutte de liquide tombe dans le péritoine. La saillie et la résistance des côtes gênent un peu la fermeture de la plaie par des fils de soie à anses séparées. Les suites de l'opération sont satisfaisantes pendant les premiers jours. Réaction excellente, pas de fièvre; mais la malade tolère mal les aliments et succombe le 9e jour à la persistance de l'inanition.		

§ VII. — **Estomac.**

756	2 novembre 1885. Hôpital.	33		Rétrécissement de l'œsophage par cancer de la thyroïde. Œsophagotomie suivie de gastrostomie.		Rien dans l'hérédité; 1 enfant de 13 ans; bien portante. Il y a 7 mois, avala une arête de maquereau qui s'arrêta dans l'œsophage, donna la sensation d'un corps étranger et produisit un léger écoulement de sang. Depuis 3 mois les aliments solides, et depuis plusieurs jours les liquides passent avec difficulté. Depuis 1 mois, le corps thyroïde s'est un peu tuméfié. Depuis 9 jours, affaiblissement par inanition complète. Le cathétérisme avec les plus fines bougies est impossible. Il montre que l'œsophage est obstrué près de son orifice supérieur. Le 31 octobre nous faisons l'œsophagotomie externe sans conducteur, et nous passons facilement au-dessous du rétrécissement une sonde à demeure dans le bout inférieur de l'œsophage et l'estomac. Mais malgré la largeur de l'ouverture faite à l'œsophage, nous ne parvenons pas à faire passer une sonde de bas en haut à travers le rétrécissement du côté de la bouche. Dans la journée, nausées. Lavements alimentaires. — 1er novembre. — Les aliments injectés dans l'estomac par la sonde œsophagienne reviennent par la plaie qu'ils souillent, de sorte que la malade arrivée au dernier terme de l'épuisement, voit sa température tomber à 36° et que la vie est menacée. — 2 novembre. — L'abattement, les nausées, l'épuisement persistent. Nous prenons le parti de faire la gastrostomie. L'incision, faite dans la direction donnée par Mackenzie, est rendue difficile par une déformation du squelette qui est telle que le rebord des côtes gauches n'est distant que de 2 travers de doigt de la crête iliaque. La paroi abdominale incisée, il devient facile, grâce à la		Meurt de syncope causée par inanition prolongée.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						sonde œsophago-stomacale, de trouver la paroi antérieure de l'estomac, de l'attirer en même temps que l'épiploon, de le fixer par suture au pourtour de la plaie pariétale, et de l'ouvrir largement sans perdre de sang, grâce au pincement des vaisseaux. Pansement iodoformé. — 1er jour. — Excellent. T = 37, P = 76. — 2e jour. — Bien qu'il n'y ait pas de fièvre, la faiblesse augmente, et le lendemain la malade est prise d'un état syncopal auquel elle succombe. L'*autopsie* montre qu'il n'y a d'inflammation ni du côté de l'estomac ni du côté du péritoine, que le corps thyroïde est un peu hypertrophié; qu'il y avait une pleurésie sèche, généralisée, déjà ancienne, et que le rétrécissement de l'œsophage était dû à une périœsophagite suppurée, située derrière la face postérieure de cet organe; qu'il y avait à ce niveau, sur une hauteur de 2 centimetres, un pus infiltré, crémeux, dépourvu d'éléments tuberculeux, et que tous les autres organes étaient sains. En résumé, notre diagnostic fait pendant la vie n'avait pu être confirmé au cours de l'opération, comme nous l'espérions, et n'a pu l'être qu'à l'autopsie, ce qui est d'autant plus regrettable que tous ceux qui avaient soigné la malade avant nous, avaient nié l'influence d'un corps étranger aussi peu important que l'arête et cru à un cancer. Si l'abcès n'avait pas été aussi inaccessible à l'œsophagotomie, peut-être la malade aurait-elle guéri; mais cela est au moins douteux, tant elle était affaiblie. Cet excès d'épuisement lui-même avait été une cause de réserve pour la dissection trop prolongée de l'œsophage. (L'observation a été publiée avec détails par un de mes excellents internes, G. Barral, dans la thèse qu'il a soutenue à Paris en 1886.)		
						§ VIII. — Utérus.		
						1° TUMEURS OPÉRÉES PAR LA VOIE ABDOMINALE.		
						A. *Utéro-cystiques.*		
757	19 avril 1885. Dr L. Ménard.	55	Corps de l'utérus.	Utéro-cystique. Unique.	Hém.	Grande, amaigrie, épuisée par métrorrhagies datant de 5 ans et par poussées de péritonite partielle. Diagnostic rendu difficile par la résistance de la tumeur et par les adhérences iliaques. Incision des parois abdominales de longueur moyenne, montrant le péritoine adhérent à la face antérieure de l'utérus, qui remonte à l'épigastre. L'hémophilie est telle qu'il faut appliquer 20 pinces sur la paroi et sur les adhérences péritonéales antérieures, et 20 autres sur les adhérences qui relient l'utérus à la fosse iliaque droite. De ce côté les adhérences sont si résistantes, si générales, si vasculaires, que je suis obligé de saisir l'utérus avec des pinces à mors longs et courbes, et de les laisser en place pendant 10 minutes avant de les détacher avec les doigts. 10 pinces suffisent pour les adhérences iliaques gauches. Pas d'ascite. La vue et le toucher	Guérison.	

						colat. Ceci fait, la tumeur est incisée, et nous voyons qu'elle occupe surtout le fond de l'utérus, tandis que la portion sous-jacente du corps de cet organe est allongée, moins hypertrophiée qu'elle ne l'est habituellement dans ces cas. Je prends le parti de pincer latéralement les ligaments larges et l'utérus avec 4 pinces à mors longs et courbes, de réséquer à 4 centimètres au-dessus d'elles l'utérus, la tumeur, les ovaires et les trompes, et de lier le moignon restant en 2 parties ; la résection de la tunique musculaire est faite en V, de façon à faciliter l'adossement et la suture séparée avec le catgut des trois tuniques muqueuse, musculaire et péritonéale. Cette suture terminée, le moignon est réduit. Toilette et drainage du péritoine. Durée : 45 minutes. Drain retiré après 24 heures. Suites favorables.		
						B. *Fibro-cystiques.*		
758	18 janvier 1875. Dr Godard.	25	Fond de l'utérus à droite.	Fibro-cystique.	Sé.	Réglée à 13 ans; non mariée. Pas de maladies antérieures. Nutrition rendue mauvaise par inanition datant de plusieurs mois, causée par le grand volume de la tumeur. Incision des parois, longue; 12 pinces. La portion fibreuse de la tumeur se présente la première. Elle est transfixée avec un grand trocart courbe, et attirée au dehors par un mouvement de bascule. A ce moment nous voyons que la masse principale est kystique : celle-ci est ponctionnée avec un long trocart et donne 10 litres de liquide séreux. Nous reconnaissons ensuite que la masse fibreuse est implantée sur le côté droit du fond de l'utérus par une large base que nous transfixons avec une aiguille à manche munie d'un long fil double, qui nous permet de la lier en 2 moitiés. Nous excisons l'utérus au-dessus de ces fils, et nous le réduisons après avoir placé 2 autres ligatures perdues sur quelques gros vaisseaux du ligament large droit. 2 litres d'ascite jaunâtre. Toilette du péritoine. La portion solide pèse 4 kilogr. Durée : 25 min.	Guérison.	
759	28 février 1885. Hôpital.	36	Fond et côté droit de l'utérus.	Fibro-cystique.	Hém. et pu.	Réglée à 14 ans 1/2; mariée à 25 ans. Début reconnu il y a 2 ans. Développement rapide depuis 1 an. Douleurs vives depuis cette époque. Etat fébrile continu, T = 39, P = 120, depuis 2 mois. Dépression considérable des forces et amaigrissement très rapide. Incision moyenne. La portion kystique se présente la première; elle est jaunâtre et fait croire d'abord à un kyste ovarique. La ponction extrait la totalité du liquide d'une seule poche; il est hématique et purulent (6 litres). Nous voyons alors que la portion solide, du poids de 2 kilogr., est implantée dans le fond et le côté droit de l'utérus par un pédicule peu épais, facile à disséquer au milieu du ligament large correspondant, à lier en 2 moitiés et à réduire après excision de la tumeur. Suture du ligament large correspondant. Un demi-litre d'ascite. Durée : 28 minutes.	Guérison.	
760	26 mars 1885. Dr Michaux.	46	Côté gauche de l'utérus.	Fibrome à géodes.	Sé. et hém.	Réglée à 15 ans; mariée à 30 ans; pas d'enfants. Obèse, malgré pertes sanguines abondantes depuis plusieurs années. Début reconnu : 2 ans, par la malade. Douleurs intenses depuis 3 mois. Incision des parois très longue à cause de l'obésité des parois et des adhérences pariétales et intestinales générales sur la face antérieure. Le détachement de ces adhérences nécessite 20 pinces (6 ligatures perdues), et montre la couleur livide, jaunâtre, de la tumeur qui remonte au-dessus de l'ombilic. — Attraction de la tumeur avec un trocart courbe, qui fait sortir un litre de liquide séro-sanguin. Celui-ci est vite recueilli dans les serviettes et ne tombe pas dans le péritoine. Implantation étroite de la tumeur dans le côté gauche de l'utérus, liée en 2 parties et réduite.	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						La tumeur, du poids de 3 kilogr. 1/2, est fibreuse et remplie de géodes, qui avaient fait croire à un kyste aréolaire de l'ovaire. Toilette et drainage hypogastrique du péritoine. Durée : 35 minutes.		
761	28 avril 1885. Hôpital.	59	Corps de l'utérus.	Fibrome à géodes multiples.	Sé.	Réglée à 13 ans; non mariée. Epuisée par misère et inanition. Début reconnu : 16 ans. Développement rapide et douleurs intolérables depuis 1 an. Poussées de péritonite avec vomissements verts fréquents. Impossibilité de marcher depuis 2 mois. Membres inférieurs, vulve et hypogastre œdématiés, par suite de l'anémie et de la pression exercée par la tumeur sur les gros vaisseaux. Constipation opiniâtre, dysurie produites par la même cause. La multiplicité et le volume des tumeurs reconnaissables par le toucher vagino-rectal et le palper hypogastrique rendent nécessaire la voie abdominale, pour pratiquer d'urgence l'ablation dans les plus fâcheuses conditions. Incision allant du pubis à l'ombilic, donnant issue au liquide infiltré dans la portion hypogastrique de la paroi abdominale. Elle donne issue à 2 litres d'ascite verdâtre, et montre que l'épiploon adhère à la face antérieure de la tumeur et au fond du bassin. Nous le rejetons à droite, et nous constatons que la face antérieure de la tumeur a une consistance liquide tellement prononcée que nous la ponctionnons avec un trocart long et droit. Cette ponction vide plusieurs loges de la sérosité qu'elles contiennent, et montre qu'il s'agit d'un fibrome œdématié, à géodes. Avec la main introduite derrière la masse morbide, je reconnais que celle-ci occupe la totalité du corps de l'utérus, et qu'elle est composée de fibro-myomes multiples, dont les postérieurs sont petits, sous-péritonéaux, pédiculés, tandis que les antérieurs sont presque liquides. Pincement du ligament large et du col de l'utérus. Excision du corps au-dessus, montrant que l'ensemble des fibro-myomes pèse 4 kilogr. Ligature séparée des ligaments larges, cautérisation de la muqueuse utérine au niveau de la coupe avec le chlorure de zinc. Fermeture séparée des tuniques séreuse, musculaire et péritonéale, au niveau de cette coupe, qui est réduite après que les pinces sont retirées et que nous avons constaté qu'elle est exsangue. Toilette du péritoine. Durée : 50 min. Suites des plus favorables pendant les deux premières semaines. Au moment où nous lui conseillons de se lever, elle meurt subitement.		Mort d'embolie le 15e jour.
762	18 août 1885. Dr Piettre.	35	Corps de l'utérus.	Fibro-cystiques multiples.	Hém.	Non mariée. Amaigrie, épuisée par les souffrances. Pas d'autres maladies. Traitée sans succès par plusieurs médecins distingués, depuis 3 ans, époque à laquelle la tumeur a été reconnue. Nombreuses poussées de péritonite partielle depuis cette époque. Hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie, il y a 2 ans, ayant laissé un nervosisme considérable depuis cette époque. Tumeur fibro-kystique du corps de l'utérus, aisément reconnaissable, remontant à l'hypogastre et aux hypochondres, énorme, fixe, très douloureuse au palper, rendant la vie intolérable. Incision de la paroi abdominale, du pubis à l'épigastre. Elle donne un verre d'ascite claire, et montre que la surface de la tumeur est recouverte par l'épiploon, qui descend en avant d'elle dans le bassin, aux parois	Guérison.	

						à un demi-litre de liquide noirâtre, épais, visqueux. Cette portion de la tumeur vidée, je la traverse avec une aiguille longue et courbe, munie d'une anse de fil, qui me sert de point d'appui pour l'attirer au dehors par bascule. Nous reconnaissons aussitôt que la face postérieure de la tumeur est reliée par des adhérences tellement résistantes et vasculaires qu'il faut laisser 20 pinces à demeure sur elles, après les avoir décollées, et qu'il est indispensable de recourir au morcellement pour l'extraire. Nous traversons alors la partie moyenne, rétrécie, de la tumeur avec 2 broches disposées en croix, et nous plaçons au-dessous d'elles un fil métallique lié avec un serre-nœud. Grâce à ce mode d'hémostasie, nous réséquons la portion de tumeur placée au-dessus des broches : elle pèse 8 kilogr. et est manifestement formée par un fibro-myome rempli de kystes sanguins, qui en forment la presque totalité. Nous reconnaissons ensuite que cette masse était implantée sur le fond et le corps de l'utérus, qui sont énormes, remplis de myomes interstitiels et sous-péritonéaux, du volume d'un œuf à celui d'une tête de fœtus à terme, jusqu'au col. Nous passons alors au-dessous d'elle deux nouvelles broches disposées en croix, qui servent de point d'appui à une anse de fil passée au ras de leur face inférieure. Cette anse nous sert à lier séparément au-dessus du vagin chaque moitié de l'utérus, au moyen de nos serre-nœuds. Nous excisons le corps de l'utérus au-dessus des broches; nous attirons le moignon conservé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, nous le fixons suivant notre méthode à ce niveau, nous cautérisons sa surface avec le perchlorure de fer, nous la saupoudrons à l'iodoforme, nous l'entourons de lames de plomb, et nous faisons un appareil ouaté compressif. Les ligaments larges ont été compris en grande partie dans les ligatures, sans cependant qu'il ait été nécessaire d'exciser les ovaires et les trompes qui étaient profondément situés et adhérents dans le bassin. La masse totale extraite pesait 10 kilogr. Durée : 1 heure. Pas de drainage péritonéal. Suites des plus favorables, malgré un peu de fièvre le 3e et le 10e jour.		
763	**4 décembre 1885. Dr Brochin.**	**45**	**Corps de l'utérus.**	**Fibro-cystiques multiples.**	**Hém. et pu.**	Réglée à 15 ans; mariée à 27 ans; pas d'enfants. Teinte cachectique des téguments. Douleurs intenses au côté droit il y a 1 an. Péritonite aiguë il y a 8 mois. Début reconnu par Brochin, il y a 6 mois, qui sentit à cette époque plusieurs masses morbides, rénitentes, implantées sur le corps de l'utérus. Depuis cette époque, développement rapide, constipation, inanition, épuisement des forces. Depuis 15 jours, T = 39°, P = 108 à 120; frissons repetés. Il est facile de reconnaître qu'il s'agit de fibro-cystomes enflammés du corps de l'utérus. Parois abdominales relâchées, épaisses, grasses, œdématiées, incisées du pubis à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Le péritoine ouvert ne laisse pas écouler d'ascite, mais il laisse apparaître un kyste pédiculé, à parois minces, situé en avant et à gauche, relié à l'épiploon et à l'intestin par 6 brides fibreuses, vasculaires, qui sont pincées. Ce kyste donne à la ponction 1 litre de liquide clair, verdâtre. Lorsqu'il est vidé, on voit que sa face postérieure est implantée dans un fibro-myome utérin. Au-dessous et en avant de lui, à gauche, nous voyons un autre kyste qui, ponctionné avec le trocart, donne 5 litres de pus fétide. Quand il est vidé, nous reconnaissons qu'il s'engage dans le méso-côlon iliaque, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin et dans le ligament large gauche. Dans ce trajet, sa surface séreuse est reliée au feuillet séreux du mésentère et de l'intestin grêle par des adhérences épaisses, vasculaires. Nous pinçons d'abord ces adhérences pour détacher le kyste. Mais quand nous poursuivons l'énucléation de ce dernier, nous reconnaissons qu'il	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						était spontanément rompu entre les feuillets du ligament large, que nous ménageons avec le plus grand soin. Au moyen d'éponges antiseptiques, nous nettoyons la poche purulente qui s'était formée à la suite de cette rupture dans le tissu cellulaire, après l'avoir largement ouverte; puis, au lieu de l'enlever par dissection, nous nous contentons de la racler dans toute son étendue avec une large curette. Ce raclage montre que les parois sont formées par un tissu cellulaire induré, gorgé de lymphe plastique et feutré de nombreux vaisseaux sanguins. Malgré tout notre désir de conduire rapidement l'opération, il ne nous faut pas moins d'une heure pour énucléer ce second kyste et faire disparaître de notre mieux la poche purulente surajoutée. Lorsqu'il est énucléé, nous reconnaissons qu'il est implanté dans l'épaisseur d'un gros fibrome interstitiel, gauche, du corps de l'utérus, qui envoie un autre prolongement à travers la partie antérieure du ligament large, au devant de la face antérieure de la vessie. Nous énucléons à son tour ce lobe, nous pinçons sa base, de même que celle du lobe voisin, avec des pinces à mors longs et courbes, et nous l'excisons sans perte de sang. L'ablation de cette volumineuse tumeur permet de reconnaître sur tout le parcours du corps de l'utérus d'autres myomes kystiques, très nombreux, dont quelques-uns aréolaires, du volume d'une noisette et d'une pomme à celui d'une tête d'adulte, entourés de vaisseaux lymphatiques dilatés, qui semblent en connexion intime avec eux. Le liquide contenu dans ces fibro-cystomes est jaunâtre, un peu verdâtre. Deux d'entre eux, les plus volumineux, sous-péritonéaux, situés à gauche et à droite de l'utérus, sont reliés à l'intestin grêle et au péritoine pelvien par des brides nombreuses, très vasculaires, que nous pinçons et que nous sectionnons. L'un d'eux envoie dans le ligament large droit un grand lobe autour duquel nous voyons des vaisseaux sanguins et lymphatiques gros, variqueux, que nous saisissons avec des pinces pour faciliter l'énucléation. Lorsque toutes ces tumeurs sont réduites de volume par la ponction, nous voyons que le corps de l'utérus est complètement déformé par toutes les masses fibreuses qui se sont irradiées dans tous les sens en devenant kystiques, et qu'il nous est impossible de le conserver, de même que les ligaments larges, les ovaires et les trompes, qui ont été presque complètement détruits par la dissection. Nous les excisons après avoir fait l'hémostasie préventive avec des pinces à mors longs et courbes placées au niveau du col (amputation supra-vaginale). Nous nous décidons à fermer cette coupe. Pour cela, nous commençons par cautériser la muqueuse dans le thermo-cautère, puis nous la suturons par 3 anses de fil de soie séparée; nous adossons ensuite et nous suturons les parois de la tunique musculeuse avec le catgut, puis la tunique péritonéale avec la soie. Nous lions ensuite chaque ligament large par deux moitiés avec de fortes ligatures de soie : plusieurs vaisseaux distincts accolés à l'utérus. Nous réunissons par dessus ces ligatures les feuillets opposés du péritoine avec plusieurs anses de soie séparées. Ceci fait, nous excisons le fond de la poche purulente située à droite, dans le [illegible] une aiguille à manche un		

						par plusieurs anses de soie qui forment suture. Il en résulte que toutes les surfaces celluleuses dénudées et saignantes sont isolées du péritoine, et que si elles viennent à donner un peu de sérosité, de sang et de pus, ces liquides seront versés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du plancher pelvien. Toilette du péritoine. Fermeture du ventre. Pas de drainage péritonéal. Durée : 2 h. 45 min. — Les suites de l'opération, contrairement à nos prévisions, ont été des plus simples. Après quatre jours l'hypothermie a cessé, le thermomètre, qui s'était abaissé à 35°5, s'est élevé à 37°; le pouls a oscillé entre 100 et 108. Grâce à quelques lavements émollients donnés à partir du 4e jour, les garde-robes se sont rétablies. Dès le 6e jour, la malade a pu tolérer les aliments liquides, et à partir de cette époque les forces ont commencé à se relever; le facies, qui était cadavérique, s'est animé, l'état comateux et le délire d'inanition ont cessé. Du 10e au 11e jour, les fils de la suture abdominale ont été enlevés; un peu de pus s'est écoulé par l'angle inférieur de la plaie, qui s'est tarie le 12e jour, et le 16e jour elle pouvait se lever. — Nous avons appris que quelque temps après, cette intéressante malade était morte subitement en marchant, après un refroidissement, à la suite d'un bon repas, soit d'indigestion, soit d'embolie.		
						C. *Fibreuses.*		
764	10 mai 1885. Hôpital.	36	Corps de l'utérus.	Fibromes multiples.		Réglée à 12 ans 1/2; mariée à 25 ans; pas d'enfants. Hémorrhagies depuis 5 ans, 3 années après la ménopause. Teinte cireuse des téguments, causée par l'anémie depuis 2 ans. Début reconnu à cette époque. Douleurs intenses depuis 2 mois, dues à la saillie de la tumeur dans la cavité du corps utérin. Etat fébrile continu, depuis 1 mois. T = 39°7; P = 118. — Parois abdominales épaisses, incisées du pubis à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. 1 litre d'ascite jaunâtre. Tumeur remontant à ce niveau, attirée en dehors par bascule avec les mains. Détachement facile de quelques adhérences épiploïques et intestinales. Nous voyons que la tumeur est implantée dans l'épaisseur du fond et du corps de l'utérus, et qu'elle est composée de 3 masses principales, qui sont excisées au-dessus de 2 pinces à mors longs et courbes, placées de chaque côté sur le col utérin et le ligament gauche, qui est également excisé en même temps que l'ovaire et la trompe de ce côté. Ligature de ce ligament large. Cautérisation de la muqueuse du col, qui est ensuite suturée avec 4 fils de soie; adossement et ligature en 2 moitiés du col de l'utérus, au-dessous des pinces, qui sont enlevées. Réduction du moignon. La coupe de la tumeur montre que l'une des masses faisait saillie dans la cavité du corps de l'utérus, et était en état de sphacèle, ce qui expliquait l'état fébrile aigu des dernières semaines. Durée : 35 minutes. — Guérison rapide. Nous avons appris que cette malade avait succombé l'année suivante à la maladie du cœur, qui était déjà avancée au moment de l'opération.	Guérison.	
765	20 mai 1885. Dr P. Bert.	58	Corps de l'utérus.	Fibrome multi-lobé.		Réglée à 15 ans; mariée à 25 ans; pas d'enfants. Hémorrhagies fréquentes depuis 3 ans, continues depuis 1 an. Poussées de péritonite depuis 18 mois. Début reconnu : 6 ans Accroissement rapide et presque incroyable depuis 8 mois. Le ventre et le bassin sont remplis et tellement distendus qu'ils menacent de se rompre, et que la malade n'a pu digérer aucun aliment pendant un mois qu'elle vient de passer à Saint-Louis, et 15 jours dans la maison des Augustines, 29, rue de la Santé. Les veines sous-cutanées de l'abdomen sont	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						très dilatées, les membres inférieurs sont œdématiés. — Incision de la paroi abdominale allant du pubis à l'épigastre, rendue très longue à cause de l'extrême distension de l'espace allant du pubis à l'ombilic. Cette section montre que la tumeur est partout adhérente à la paroi (40 ligatures perdues), à l'épiploon, qui est également adhérent sur toute son étendue au point qu'il faut le réséquer après avoir mis 10 ligatures en chaine, et qu'elle remonte sous les hypochondres et sous l'appendice xiphoïde, qui est très rapproché de l'ombilic. Grâce à la longueur de l'incision, nous parvenons à extraire l'énorme tumeur avec la main, sans avoir besoin de recourir au morcellement. Quand elle est attirée au dehors, nous voyons qu'elle est implantée largement dans le corps de l'utérus par trois masses distinctes. Nous pinçons alors chaque ligament large avec des pinces à mors longs et courbes, et nous les disséquons jusqu'au col. L'utérus, devenu libre grâce à ce pincement, est traversé et lié en deux moitiés au niveau du col avec un fil métallique au-dessus duquel nous excisons le corps de l'utérus et la tumeur qu'il contient : celle-ci pèse 13 kilogr. La tumeur enlevée, nous excisons successivement les deux ligaments larges après avoir lié le gauche en masse et le droit en 6 anses séparées, en chaine, avec de forts fils de soie. Nous lions ensuite très bas le col de l'utérus en deux moitiés, avec deux anses de soie au-dessus desquelles nous l'excisons. Toutes ces ligatures sont fortement serrées pour prévenir les dangers d'une hémorrhagie consécutive. Pas d'ascite. Toilette du péritoine longue, à cause des nombreuses adhérences péritonéales. — L'opération terminée, je passe au-dessous du péritoine pelvien un tube à drainage dont l'un des bouts sort par l'angle inférieur de la plaie, l'autre par le vagin. Bien que la malade n'ait pas perdu de sang au cours de l'opération, elle était si faible que nous avons été obligé pendant le sommeil anesthésique de lui faire plusieurs injections sous-cutanées d'éther. Avant de fermer la plaie abdominale, nous enlevons plusieurs kystes péritonéaux pelviens qui entouraient le moignon et qui étaient accolés à d'énormes varices lymphatiques et veineuses. Ces kystes avaient le volume du pouce à celui d'un œuf, et contenaient un liquide jaunâtre. L'épiploon était lui-même chargé de varices lymphatiques en chapelet, dont plusieurs avaient atteint le volume du petit doigt, et qui furent enlevées en même temps que lui. Durée : 2 heures. — Malgré le danger de l'opération, qui m'avait paru tel que je l'avais refusée, et que je n'avais consenti à la faire que sur la volonté formelle du Dr P. Bert et de sa famille, les suites en furent favorables. Pendant les 6 premiers jours, la température se maintint à 39° et le pouls à 115 ; il y eut quelques nausées, du tympanisme, des hallucinations, une extrême faiblesse. Ces symptômes fâcheux s'amendèrent et disparurent les jours suivants. Le 18e jour la malade retourna dans sa famille à Auxerre, gardant le tube pendant 8 mois. A cette époque, il sortit spontanément. Nous avons su que peu de temps après son retour dans ses foyers, elle avait repris sa profession de marchande de mercerie en plein air,		

	Ledantec.					… ans. Douleurs continues et développement rapide depuis cette époque, rendant tout travail impossible et les digestions très pénibles. Incision allant du pubis à l'ombilic, montrant la face antérieure du fibrome très adhérente à l'épiploon (6 pinces). Pas d'ascite. Attraction facile de la tumeur au dehors avec les mains. On voit que la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, est implantée sur le fond et la moitié droite du corps de l'utérus. Nous lions l'implantation avec un tube de caoutchouc, au-dessus duquel nous excisons la tumeur, puis nous attirons le pédicule entre les lèvres et à la partie inférieure de la plaie abdominale. Nous la maintenons à ce niveau par 2 épingles à tête de verre, qui la traversent, et par quelques fils de soie, de façon que la séreuse qui la recouvre n'est ni lacérée ni contuse, et nous fermons la plaie de la paroi abdominale par suture, sans la serrer avec de forts liens autour du pédicule, qui échappe de la sorte à la constriction de la paroi. Peut-être, avec ce procédé, le passage dans le péritoine du sang et du pus venant de la surface du pédicule serait-il plus facile. Pansement iodoformé et phéniqué. Durée : 40 minutes. — Nous examinons la plaie pour la première fois le 9e jour; le moignon se détache de lui-même le 12e jour, et la malade retourne guérie chez elle dans l'île de Groix, le 20e jour. Nous avons appris que depuis lors elle s'était mariée et que la santé était excellente.		
767	7 décembre 1885. Hôpital.	47	Corps de l'utérus.	Fibrome unique.		Réglée à 18 ans; mariée à 40 ans. Début reconnu : 4 ans, à la suite d'une péritonite. Métrorrhagies depuis 3 ans, continues depuis 18 mois. Teinte cachectique. — Incision des parois allant du pubis à l'ombilic. Adhérences épiploïques légères, faciles à détacher. 6 pinces. Tumeur facile à attirer au dehors avec les mains. Pas d'ascite. On voit qu'elle est implantée sur le fond et le corps de l'utérus, et que les ligaments larges sont très abaissés de chaque côté. Pincement du corps de l'utérus, qui est excisé au-dessus des deux pinces placées latéralement. Attraction du pédicule, qui est laissé à l'angle inférieur de la plaie, comme dans le cas précédent. Même pansement. — Nous examinons la plaie le 10e jour, et nous excisons le 15e jour la partie mortifiée du pédicule. La malade retourne chez elle le 25e jour. Durée : 45 minutes.	Guérison,	
768	7 décembre 1885.	37	Corps de l'utérus.	Fibrome unique.		Réglée à 21 ans; mariée à 31 ans. Début reconnu il y a 10 ans. Depuis cette époque, pertes tous les mois. Péritonite il y a 6 ans. Les pertes sanguines sont devenues si abondantes que la malade a failli succomber il y a 15 jours, et exige l'opération sans que nous ayons le temps de la reconstituer. Parois abdominales œdématiées, grasses, hémophiliques. Incision allant du pubis à l'épigastre (10 pinces). Adhérences épiploïques générales difficiles à détacher, au point que nous sommes obligé de le couper verticalement pour explorer la tumeur en passant la main à travers son écartement. Nous sentons alors que le fibro-myome est unilobé, arrondi, du volume d'une tête d'adulte, qu'il saigne sur toute sa surface, à cause des adhérences qui le retiennent aux organes voisins, et qu'il est implanté d'une fosse iliaque à l'autre sur l'utérus, les deux ligaments larges, le fond du bassin, à la manière d'une énorme masse sessile. A ce niveau l'implantation est tellement vaste que nous ne distinguons pas les ovaires et les trompes. Je pince les ligaments larges au ras du bassin pour faire l'hémostasie préventive dans la tumeur, et comme la perte de 100 grammes de sang suffirait pour entraîner la mort immédiate de cette femme, tant elle est anémiée, 10 pinces à mors longs, droits ou courbes, sont nécessaires pour		Meurt de faiblesse le 5e jour.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						faire l'hémostasie complète et pour couper les ligaments larges et l'utérus au-dessus d'elles. Cette section montre que la tumeur était unique et insérée à la fois dans le fond et dans les parois du corps de l'utérus, dont elle remplissait la cavité. Je distingue alors les ovaires et les trompes en même temps que les ligaments larges. Je place des pinces au-dessous et je lie chaque ligament en 4 parties, au ras du bassin, pour mieux prévenir l'arrêt du sang sur la coupe faite au-dessous de la tumeur. Cette coupe est faite obliquement en V à travers le tissu utérin, au-dessus du col, après avoir mis un lien de caoutchouc au-dessous des pinces. Je cautérise ensuite la muqueuse et je la lie avec quelques fils de soie. Je ferme de même les tuniques musculaire et péritonéale; je retire les pinces et la ligature de caoutchouc, et je réduis le moignon. Un prolongement envoyé par la tumeur du côté de la vessie, surtout à droite, ayant nécessité une dissection difficile et entraîné la déchirure du ligament large droit, avait compliqué l'opération et rendu la toilette du péritoine difficile. Fermeture du ventre. Pansement iodoformé, phéniqué, ouaté, par occlusion, comme à l'ordinaire. Durée : 3 heures. — A la suite de l'opération, il n'y a ni fièvre ni accidents inquiétants pendant 4 jours; mais le 5e jour, la malade n'ayant pas pris une alimentation suffisante, succombe à la faiblesse et à l'anémie.		
769	12 décembre 1885. Dr Denoux.	38	Corps de l'uterus.	Fibromes multiples.		Réglée à 13 ans; non mariée. Obèse, petite. Douleurs violentes depuis 10 ans, ayant augmenté d'intensité au point que depuis 2 ans elles sont intolérables et rendent la marche impossible. Début reconnu il y a 4 ans. Depuis un an. troubles digestifs, vomissements, inanition, dysurie, constipation opiniâtre. Mouvements fébriles fréquents. Le cathétérisme vésical montre que la tumeur, qui est manifestement utérine et fibreuse, a refoulé la vessie à sa surface jusqu'au voisinage de l'ombilic. Parois grasses, incisées du pubis à l'épigastre. Cette incision est faite avec d'autant plus de soin que nous trouvons la vessie dans le tissu cellulaire sous-musculaire, derrière les pyramidaux, ainsi que nous l'avions reconnu par le cathétérisme. Il en résulte que nous n'ouvrons le péritoine au-dessous de l'ombilic que sur une faible hauteur, et que la manœuvre opératoire est rendue difficile. Nous voyons que l'épiploon adhère à la face antérieure de la tumeur; nous le détachons avec le doigt, nous le relevons avec une éponge douce. Nous plongeons ensuite la main dans l'abdomen pour explorer les rapports de la tumeur et pour l'extraire. Nous reconnaissons qu'elle s'étend du fond du bassin et de la fosse iliaque droite a l'hypochondre gauche. Nous la faisons basculer et sortir sans trop de difficultés. Nous reconnaissons qu'elle est formée de trois lobes principaux énormes, implantés dans le fond et le corps de l'utérus, et de trois autres masses, petites, sous-péritonéales, du volume d'une châtaigne. Nous excisons ces dernières après ligature de leur pédicule; puis, avec un lien élastique appliqué sur le col, au-dessous de la tumeur, nous faisons l'hémostasie préventive assez forte pour exciser sans danger le corps de l'utérus et les productions qu'il contient. Pas une goutte de sang n'est perdue au cours de ces manœuvres. Nous en profitons pour fermer	Guérison.	Mort peu de temps après de péritonite secondaire.

						pédicule à l'angle inférieur et pour l'y fixer à l'aide d'une petite broche en fer et de deux aiguilles à tête de verre, placées en croix de façon à empêcher son retrait. Le pédicule est lui-même taillé en V de façon à pouvoir en affronter aisément toutes les tuniques, et parer de la sorte aux hémorrhagies. Ce moyen nous avait souvent donné depuis plusieurs années de bons résultats, en prévenant tout danger d'hémorrhagie par la surface cruentée du pédicule. Je laisse néanmoins le lien élastique serré avec nos pinces à la surface, et je rapproche fortement, à l'aide d'aiguilles à tête de verre et de liens de soie, la portion de la paroi qui entoure directement le pédicule, de façon à empêcher les liquides extérieurs de passer dans le péritoine. Au cours de l'opération, les ovaires et les ligaments larges ont pu être respectés, sauf à droite, où l'ovaire a été compris dans la ligature élastique. Pansement avec la lame de plomb, la poudre d'iodoforme, la gaze au sublimé, la ouate et les bandes de diachylon. Durée : 1 heure. — Les suites de l'opération furent des plus simples; le pedicule se détacha spontanément le 7e jour et se cicatrisa rapidement. Malheureusement, au cours de la convalescence, la malade fut prise, sans cause appréciable, d'une péritonite secondaire, à laquelle elle succomba.		
						D. *Cancéreuses.*		
770	29 juin 1885. Dr Etcheverria.	51	Fond et corps de l'utérus.	Sarcome multilobé.		Péruvienne. Réglée à 12 ans 1/2; mariée à 18 ans. Rien dans l'hérédité; 4 enfants bien portants. Début reconnu il y a 1 an, par ascite à marche rapide qui nécessita une ponction. A cette époque, on crut à un fibrome du corps de l'utérus. Depuis lors 25 ponctions, dont 3 depuis 15 jours. La dernière, faite par nous il y a 10 jours, donna 8 litres de liquide verdâtre. L'analyse faite par Méhu lui permit d'affirmer qu'elle était symptomatique d'une tumeur maligne du bassin. La dernière ponction nous permit de constater la présence d'une tumeur multilobée, à surface très inégale, du fond de l'utérus, et de croire pour ce motif à un sarcome plutôt qu'à un fibrome, surtout en tenant compte de sa marche aiguë, de la répétition de l'ascite, de la teinte jaune paille, cachectique, de la maigreur squelettique et de la diarrhée continue. L'état général était si mauvais que je refusai l'opération, et ce fut sur la volonté formelle de la malade et de la famille, à laquelle j'annonçai les difficultés opératoires, la possibilité d'une récidive, que je dus céder et intervenir. Parois abdominales minces, hémophiliques (25 pinces). Incision du pubis à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic, donnant issue à 12 litres d'ascite verdâtre, chargée de dépôts jaunâtres, qui s'était reproduite en 3 jours. L'épiploon, l'intestin et le péritoine pariétal paraissaient exsangues, blanchâtres et étaient unis au pourtour de la tumeur par des adhérences nombreuses, friables, faciles à détacher (10 pinces). La tumeur remonte à l'épigastre; elle est mobile, blanche rosée, couverte de petites bosselures jaunâtres, friable par places à la surface. Nous l'attirons au dehors et nous voyons qu'elle a pris naissance dans le fond et dans le côté droit du corps de l'utérus. Nous plaçons successivement 5 pinces à mors longs et courbes au-dessous d'elle, nous l'excisons et nous plaçons 4 ligatures séparées, en chaîne, au-dessous des pinces. L'excision de la tumeur entraîne celle de l'ovaire, de la trompe épaissie et du ligament large droit, entre les feuillets duquel la tumeur envoyait un prolongement facile à disséquer. Réduction du corps de l'utérus hypertrophié, qui forme une sorte de pédicule. Toilette et drainage hypogastrique du péritoine. Durée : 40 minutes. — Les suites de l'opération furent des plus simples, à part un peu de fièvre qui survint le 3e jour, alors que nous enlevâmes le drain péritonéal,	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						et qui porta la température à 38°5 et le pouls à 112; les autres jours le thermomètre axillaire ne dépassa pas 37°5 et le pouls 90. La malade se leva le 16e jour, et partit à la campagne le 16e jour. Un mois après elle n'avait plus qu'un peu de diarrhée, qui céda au régime lacté; le faciès était bon et les forces s'étaient si bien relevées qu'elle pouvait marcher la plus grande partie de la journée. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie.		
771	11 août 1885. Hôpital.	38	Corps de l'utérus et les 2 ligaments larges.	Sarcome multilobé.		Institutrice. Réglée à 13 ans; non mariée. Nervosique, grande, amaigrie, cachectique. Épuisée par un travail excessif, par des crises fréquentes de grande hystérie, par des poussées fréquentes de péritonite; depuis 4 ans, par des douleurs utérines horribles, continues, qui rendaient la digestion impossible depuis 1 an, par des crises hépatiques et néphrétiques, par des troubles de la miction et de la défécation causés par la présence de la portion pelvienne de la tumeur qui comprimait fortement la vessie et le rectum, par l'ascite et par la présence d'une énorme exomphale qui contenait une masse épiploïque, douloureuse, irréductible. L'état général était tellement déplorable, l'état local si fâcheux, que je refusai pendant plusieurs mois l'opération, et que je ne cédai qu'aux instances répétées de la malade, dont la vie était intolérable. Paroi abdominale hémophile, incisée du pubis à l'épigastre, en passant à travers la grosse hernie. Chemin faisant nous réséquons les parois de cette hernie en même temps que l'épiplocèle, après avoir lié celle-ci en 3 parties au ras du péritoine pariétal. 10 litres d'ascite jaunâtre, sale. Tumeur multilobée, grisâtre, blanchâtre, rosée, couverte de bosselures adhérentes sur toute leur surface à l'épiploon, à l'intestin grêle, au mésentère, difficiles à détacher (20 ligatures). Dès que la tumeur est détachée de ses adhérences, nous reconnaissons qu'elle provient de l'utérus, des 2 ligaments larges et du bassin, et qu'elle est trop volumineuse pour être extraite en masse. Nous appliquons alors autour de cette dernière, le plus bas possible, une anse de caoutchouc fortement serrée et maintenue en place par nos pinces à mors droits. Dès que l'hemostasie est ainsi assurée dans le tiers supérieur de la tumeur, nous enlevons cette portion par morcellement, ce qui nous permet d'attirer le reste au dehors par des mouvements de bascule et de rotation. Nous reconnaissons alors que la portion restante descend très bas dans l'utérus, et que les ligaments larges, étalés sur les faces latérales de la tumeur, sont remplis de varices veineuses et lymphatiques énormes. 15 pinces à mors longs et courbes doivent être appliquées successivement sur chacun de ces ligaments pour faire l'hemostasie préventive avant de les détacher; 3 autres appliquées au fond du bassin, sur le col, au-dessous de la tumeur, permettent d'exciser celle-ci sans perdre de sang. A ce niveau, nous reconnaissons que la surface de section du col a le volume du pouce. Nous le lions en 2 moitiés au-dessous des pinces, et nous le réduisons. Nous faisons de même pour chacun des ligaments larges; mais, en raison de leur distension et du volume des vaisseaux qui les parcourent, 10 anses de soie, à chaîne, sont nécessaires pour chacun d'eux. Nous constatons alors que le cul-de-sac de Douglas est énorme, et qu'il avait été très		Meurt de méningite favorisée par le surmenage intellectuel.

						state que le cæcum y a été attiré et que l'une des anses de soie appliquées sur le ligament large droit contient son appendice. Je la dégage et je replace cette ligature, sans perte de sang. Toilette du péritoine. Durée : 2 heures. — Poids de la tumeur : 10 kilogrammes. Pendant les 2 premiers jours la malade fut calme et eut une bonne réaction, mais le 3e jour elle fut prise de méningite, provoquée probablement par le surmenage intellectuel auquel elle s'était livrée depuis un mois à l'occasion du concours de ses élèves, et ne tarda pas à succomber.		
772	28 décembre 1885. Dr Fauvel.	45	Fond de l'utérus.	Sarcome végétant.		Concierge. Réglée à 16 ans; mariée à 17 ans; pas d'enfants. Traitée à plusieurs reprises pour une maladie mentale compliquée d'hallucinations. Douleurs rhumatismales, erratiques, violentes depuis 10 ans. Coliques néphrétiques avec gravelle, fréquentes depuis 4 ans. Début de la tumeur reconnu il y a 13 mois, par le palper abdominal. Développement rapide depuis 3 mois. La tumeur n'est pas appréciable par le toucher vaginal; elle paraît lisse, dure, mobile au palper abdominal, et remonte à l'ombilic. Paroi abdominale épaisse, courte. Incision moyenne. 5 litres d'ascite verdâtre. Epiploon et intestins très adhérents à la face antérieure de la tumeur. Leur détachement, très difficile, nécessite 20 pinces. La main, introduite dans l'abdomen, constate alors que la tumeur est solide, lisse, et implantée dans la fosse iliaque droite si largement qu'on pourrait croire qu'elle a pris naissance dans le rein correspondant. Attirée au dehors, nous voyons qu'elle a pris naissance dans le fond de l'utérus, et que l'implantation iliaque est due à des adhérences fibreuses, résistantes, vasculaires, difficiles à disséquer (15 ligatures). Nous plaçons alors sur le corps de l'utérus atrophié des pinces à mors longs et courbes au-dessus desquelles nous excisons la tumeur, et au-dessous desquelles nous plaçons 2 ligatures partielles et une totale. Les pinces enlevées, le moignon utérin est réduit. Toilette du péritoine, rendue difficile par la brièveté des parois abdominales, par la dégénérescence graisseuse de l'épiploon et du mésentère et par la profondeur du bassin déformé. Durée : 25 minutes. — Pendant la première semaine, les suites sont si favorables que nous croyions à la guérison; mais ensuite elle est reprise tout à coup de manie aiguë, qui se termine par une méningite mortelle. Aussitôt après la mort, le corps se couvre de plaques rouges généralisées, phénomène que nous avons constaté plusieurs fois dans des cas analogues.		Succombe à une méningite consécutive à une manie aiguë.
						2° Tumeurs enlevées par la voie vaginale et ayant nécessité l'hystérectomie totale.		
						A. *Tumeurs fibreuses.*		
773	19 juin 1885. Dr ***, de Bucharest.	40	Corps de l'utérus.	Fibromes interstitiels et myxomes.		Anglaise, mariée en Roumanie. Réglée à 13 ans; mariée à 22 ans; 4 enfants. Epuisée par métrorrhagie et leucorrhée fétide depuis 3 ans, qui l'avaient empêchée de continuer sa profession. Douleurs continues, intolérables, rendant la marche impossible. Cystocèle. Col utérin induré, déformé, couvert de granulations et rempli de masses fongueuses. Corps utérin bosselé, volumineux, s'élevant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Plusieurs confrères, en raison de cette séméiologie, croyaient à un sarcome ou à un épithéliome intra-utérin, tandis que la longue durée de l'affection nous avait fait penser qu'il s'agissait de fibromes multiples interstitiels. — Vulve rasée, vagin lavé au sublimé.	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						Décubitus latéral gauche. Parois vulvo-vaginales rétractées par les aides, avec 3 valves de notre modèle. Col abaissé avec des pinces de Museux, modifiées par nous, et disséqué circulairement avec un bistouri long et des ciseaux droits et courbes, en ménageant les culs-de-sac du péritoine. Section bilatérale du col, destinée à voir si la tumeur est unique, interstitielle, et si elle peut être enlevée sans compromettre l'utérus, et montrant que l'intérieur de l'organe est rempli par une masse solide, inégale, friable, vasculaire, fétide, ayant un pédicule long de 6 centimètres, large de 4. Je pince ce pédicule et j'excise la tumeur. J'introduis ensuite le doigt à travers le canal utérin. Je reconnais qu'il est long de 18 centimètres, très dilaté, et que le corps est rempli de masses fibreuses, interstitielles. Je l'incise et je cherche à les enlever par morcellement. Mais je constate que le tissu qui les entoure est friable, suspect, qu'il serait trop lacéré, et que l'ablation totale de l'organe est préférable. J'ouvre alors les culs-de-sac péritonéaux, et je pince la base des ligaments larges avec des pinces à mors longs, droits et courbes, puis je détache l'utérus et je fais basculer le fond en arrière, de façon à bien voir la partie supérieure des 2 ligaments larges, à les pincer et à les détacher. Ce temps de l'opération est rendu difficile par la présence des masses fibreuses que nous avions laissées dans le fond de l'utérus et dans la partie supérieure des ligaments larges, et que nous n'avions pas réduit de volume par le morcellement. Dès que le ligament large droit est pincé et détaché, ainsi que la partie supérieure du gauche, le fond de l'utérus est facilement attiré, et il ne reste plus qu'à pincer et à exciser la base de ce dernier. Dès que l'utérus est extrait, l'ovaire et la trompe gauches se présentent à la plaie; je les lie, je les attire, je les excise sans perdre de sang et je retire les pinces placées sur eux. Je laisse à demeure les pinces placées sur le ligament large droit, ainsi que 3 pinces appliquées sur les artères vaginales. Pas du suture sur la plaie, qui est lavée au sublimé et recouverte d'éponges iodoformées. En raison de l'extrême faiblesse de la malade, 2 piqûres d'éther pendant l'opération. Durée : 1 h. 1/2. — L'examen histologique montra que la tumeur intra-utérine, pédiculée, était myxomateuse, de même que l'une des tumeurs de la paroi antérieure du corps de l'utérus, tandis que toutes les autres étaient des fibro-myomes enflammés. L'ensemble pesait 1 kilogr. 1/2. — Suites de l'opération favorables; la température axillaire ne dépasse pas 37°5, et le pouls 85. Le 9e jour, quelques matières verdâtres, manifestement fécales, s'écoulent spontanément par le vagin. Cette fistulette stercorale, survenue sans cause appréciable, disparaît spontanément le 22e jour.		
774	5 août 1885. Drs Briau et Malhéné.	55	Corps de l'utérus.	Fibromes multiples.		Réglée à 14 ans; vierge. A l'âge de 16 ans, paraplégie complète, qui dura 4 ans, causée par mal de Pott, traitée par Nélaton. Depuis cette époque elle marche, mais avec difficulté. Depuis plus de 20 ans, ménorrhagies, puis métrorrhagies continues, tellement abondantes depuis un an que la malade est tombée dans une faiblesse extrême; elle ne pouvait plus marcher ni manger; souvent le pouls faisait défaut et il fallait recourir aux piqûres ou aux inspi-	Guérison.	

rations d'éther pour le relever. Il y a 6 semaines, quand nous la vîmes pour la première fois, la peau était cireuse, les téguments transparents, et l'estomac rejetait tous les aliments, même liquides. Ce n'est que peu à peu, grâce aux toniques, aux hémostatiques, aux calmants que nous avons pu faire céder la dyspepsie, les pertes sanguines et les douleurs. Comme elle était vierge, comme les parois du vagin étaient étroites, rigides, comme il y avait du vulvisme, nous faisons la divulsion de la vulve et du vagin pendant le sommeil chloroformique, dix jours avant l'opération, et nous faisons prendre à la suite des injections de sublimé. 4 jours après, perte sanguine qui nous oblige à hâter l'opération. — Vulve rasée; vagin lavé au sublimé. Malade couchée dans le décubitus latéral gauche. Vagin rétracté par des aides. Col attiré avec des pinces de Museux, disséqué sur tout son parcours dans sa portion vaginale, puis sectionné bilatéralement de façon à pouvoir introduire le doigt dans la cavité du corps de l'utérus et reconnaître s'il était possible d'enlever la totalité des fibromes par morcellement. Nous constatons que le col a doublé de longueur dans sa portion sus-vaginale, ce qui rend l'exploration difficile, et que celui-ci a une longueur de 18 centimètres. Voyant que la tumeur ne pourrait être enlevée seule par morcellement, sans trop altérer l'utérus, je complète la dissection du col jusque dans les culs-de-sac péritonéaux, je saisis la base des ligaments larges avec des pinces à mors longs, droits et courbés sur le plat et sur le champ, puis je détache le bord latéral droit de l'utérus. Je prolonge l'incision latérale de ce côté, ce qui met à découvert un énorme fibrome de 12 centimètres de diamètre, implanté à la fois dans les deux faces et dans le fond. Je l'enlève par morcellement avec les bistouris et les ciseaux droits et courbes, et avec les pinces dentées et fenêtrées de mon modèle. J'excise alors le col de l'utérus pour mieux abaisser le fond et pour mettre à nu deux autres lobes qui sont à leur tour enlevés par morcellement. Grâce à cette diminution de volume, grâce à des crochets et à des pinces, je parviens à abaisser le corps de l'utérus, à pincer progressivement la partie moyenne et le fond de cet organe, à le détacher du ligament large droit au-dessous des pinces, et à l'attirer par bascule du côté du vagin par le cul-de-sac postérieur du péritoine. Je vois alors la partie supérieure du ligament large gauche, sur laquelle je mets des pinces à mors courbes pour le détacher du bord correspondant de l'utérus dans toute sa hauteur. L'utérus est ainsi enlevé sans perdre de sang. Je vois alors l'ovaire et la trompe droite, devenus kystiques, s'engager dans la plaie péritonéo-vaginale; je les lie, je les excise et je retire les pinces qui comprimaient leur implantation. Je laisse en place les pinces appliquées sur le ligament large gauche, et je rapproche légèrement les parois opposées de la plaie péritonéo-vaginale avec quelques points de suture métallique. Pas de sang perdu au cours de l'opération, ce qui est heureux en raison de l'épuisement extrême des forces. Durée de l'opération longue (4 heures), à cause de l'étroitesse du vagin et du volume de la tumeur. — Suites immédiates favorables. Pas de fièvre. Pinces enlevées au bout de 30 heures, fils le 11e jour. Le 18e jour, phlegmatia alba dolens de la cuisse gauche, traitée par la compression ouatée. Le 25e jour, mêmes accidents du côté droit, faisant craindre que le caillot de la crurale ait remonté dans la veine cave inférieure. Amélioration rapide. — Le 45e jour, angioleucite superficielle à la face interne du bras droit, peut-être due à la prédisposition rhumatismale et à l'habitude qu'avait la malade de laisser les bras hors du lit, la fenêtre ouverte. — Tous ces accidents, occasionnés surtout par les modifications brusquement survenues dans l'état général, disparurent en quelques mois, sans laisser de traces.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						B. *Cancéreuses.*		
775	21 août 1885. Drs Gallard et Chartier.	62	Corps de l'utérus et ligaments larges.	Epithélioma pavimenteux.		Réglée à 12 ans 1/2; mariée à 25 ans; 3 enfants. Ménopause il y a 6 ans. Depuis 4 ans, douleurs, leucorrhée et métrorrhagies, qui, depuis 18 mois, deviennent continues. Il en est résulté un état de cachexie et d'épuisement tels que la malade ne peut plus tolerer les aliments et se livrer au moindre travail. L'examen montre a Gallard que tous ces symptômes sont dus à une dégénérescence épithéliale ou sarcomateuse limitée au corps de l'utérus. Le col est sain, mais il laisse écouler des fragments de la tumeur mélangés au liquide leucorrhéique, d'odeur caractéristique. — Vulve rasée. Vagin lavé au sublimé et maintenu rétracté par les aides, pendant que le malade est dans le decubitus lateral gauche. Col utérin abaissé, disséqué circulairement et complètement. Ouverture des deux culs-de-sac péritoneaux. Le pincement des ligaments larges montre qu'ils sont envahis par le cancer du corps de l'utérus, et tellement ramollis que les vaisseaux se coupent et sont difficiles à arrêter. Il en résulte egalement que l'utérus est difficile à détacher et à faire basculer, de façon à l'abaisser et à l'attirer au dehors. L'utérus enlevé, suivant les mêmes règles que dans les cas précedents, j'enlève les tissus suspects qui étaient restés sur les ligaments larges, ainsi que les ovaires et les trompes, qui étaient également envahis, et je laisse les pinces en place. Durée : 2 heures. Suites excellentes les 2 premiers jours. Le 3e jour la malade meurt subitement, soit par embolie, soit par épuisement.		Mort par embolie.
						3° TUMEURS ENLEVÉES PAR LA VOIE VAGINALE ET AYANT NÉCESSITE L'HYSTÉRECTOMIE PARTIELLE.		
776	18 janvier 1885. Dr Quintard.	21	Fond	Fibromyomes multiples		Réglée à 13 ans, toujours abondamment; non mariée. Pertes continues depuis 3 ans, ayant résisté au lavage utérin. Très anémiée. Douleurs fortes depuis 18 mois. Tumeur multilobée du corps de l'utérus, remontant à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. Col petit, long, fermé, hypertrophié en longueur dans la portion sus et sous-vaginale. — Vulve rasée. Vagin lavé au sublimé. Dissection circulaire du col sans ouvrir les culs-de-sac péritonéaux, section bilaterale du col et du corps de l'utérus. Abaissement avec des pinces de Museux modifiées. L'exploration digitale montre que la tumeur est implantée dans le fond de l'utérus, au niveau duquel elle fait une légère saillie. Dilatation de la cavité utérine avec des valves. Incision de la muqueuse recouvrant 3 tumeurs, qui sont ensuite enlevées par morcellement, sans perdre de sang. L'opération terminée, excision des levres trop allongées du col et suture a la plaie vaginale. Lavage au sublimé. Pansement iodoformé. Suites des plus simples, bien que la tumeur pèse 650 grammes, et que l'opération ait duré 1 heure. Pas de recidive depuis cette époque.	Guérison.	
777	11 février 1885. Dr Filleau.	28	Paroi antérieure.	Fibromyome.		Réglée à 15 ans; mariée à 22 ans; pas d'enfants. Pertes abondantes depuis 2 ans. Névralgies intolérables depuis 9 mois. Station debout impossible. Ner-	Guérison.	

						vosisme. Rien au lavage utérin. Tumeur fibreuse, bosselée, de la paroi antérieure et du fond de l'utérus, comprimant la vessie, les uretères, s'engageant dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, remontant presque à l'ombilic. Même manuel opératoire que pour la précédente. Durée : 2 heures. — Suites immédiates et consécutives des plus favorables, sauf une incontinence d'urine qui a duré 2 mois et a disparu spontanément.		
778	13 mars 1885. Dr Michel.	25	Fond et parois.	Fibro-myome double.		Réglée à 12 ans; mariée à 18 ans; 3 enfants. Une fausse couche il y a 8 mois. Ménorrhagies depuis 5 ans. Leucorrhée fétide, abondante depuis 18 mois, faisant craindre une tumeur maligne. Névralgies iliaques gauches. Dysurie et constipation opiniâtres. Col utérin normal. Corps de l'utérus énorme, bosselé, avec deux saillies du volume d'un œuf de poule, paraissant mobiles. Dissection circulaire du col, qui est ensuite ouvert sur les deux côtés et dilaté avec deux valves. Ablation totale de deux tumeurs par morcellement. Lèvre postérieure du col conservée, l'antérieure excisée et suturée au vagin pour faciliter l'opération. Durée : 2 heures.	Guérison.	
779	23 avril 1885. Hôpital.	58	Paroi postérieure et côté gauche.	Fibromes du col multiples.		Réglée à 16 ans; non mariée. Epuisée par misère, par inanition et par métrorrhagies datant de 5 ans, rebelles aux agents médicaux. Leucorrhée abondante. Douleurs expulsives, continues depuis 6 mois. Dissection circulaire et incision bilatérale du col nécessitant 3 pinces à mors longs et courbes. Incision de la muqueuse interne du col permettant d'enlever rapidement et par morcellement un fibro-myome du volume d'une pomme d'api, très éloignée des autres tumeurs, ce qui nécessite la section bilatérale du corps. Grâce à celle-ci, il devient facile d'enlever par morcellement trois autres tumeurs séparées, du volume total d'une tête de fœtus à terme, sans perdre de sang, grâce à la pression des rétracteurs maintenue par les aides. Poids 2 kilogrammes. Durée : 1 h. 1/2.	Guérison.	
780	6 mai 1885. Dr Garnier.	52	Fond et col.	Fibromes multiples.		Réglée à 14 ans; mariée à 28 ans. Pas d'enfants. Hémorrhagies depuis 6 ans, continues depuis 1 an, malgré la médication interne. Avait refusé l'opération jusqu'à ces jours derniers, où elle a failli succomber à une syncope, qui l'a décidée. Douleurs expulsives continues. Leucorrhée nauséabonde. Pâleur cireuse des téguments. Vulve rasée, vagin lavé, très difficile à dilater avec les rétracteurs. Col dilaté, rempli par une masse fongueuse, fétide, en voie de sphacèle, que j'enlève par morcellement (1 kilogr.). Lavages abondants au sublimé. Reste à enlever la tumeur du corps, ce qui devient facile, grâce au débridement bilatéral et à la dilatation du col. Je retire ainsi 4 kilogr. de tissu fibreux, enflammé, qui n'aurait pas tardé à entraîner la mort par septicémie. Durée : 55 minutes. Suites immédiates des plus favorables.	Guérison.	Succombe quelque temps après à une affection cardiaque.
781	16 mai 1886. Dr Malhéné.	30	Fond.	Fibrome unique.		Réglée à 14 ans; mariée à 21 ans; 1 enfant il y a 7 ans. Deux fausses couches il y a 4 ans et 2 ans. Depuis 18 mois, hémorrhagies profuses, continues, après une aménorrhée, ce qui avait porté Tarnier à craindre une grossesse et une nouvelle fausse couche. Depuis plusieurs jours les pertes deviennent fétides, ce qui fait craindre que la tumeur ne soit de nature maligne. Fièvre continue; pouls faible = 140, température axillaire = 39. Vulve rasée, vagin lavé. Col disséqué, débridé sur les côtés, de même que le corps, qui sont dilatés ensuite avec des rétracteurs. Le doigt sent au fond de l'utérus un lobe mollasse emphysémateux, au niveau duquel la muqueuse intra-utérine divisée permet de constater la présence d'un énorme fibro-myome verdâtre, noirâtre,	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. — Médecin traitant.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						en voie de sphacèle, qui est enlevé par morcellement, non sans difficulté, à cause de l'enchevêtrement des fibres périphériques, non encore mortifiées, au milieu du tissu utérin. Durée : 40 minutes. — Aussitôt après l'opération, la fièvre tombe, le facies se colore, les aliments sont tolérés et les forces se relevent. Dès le 15e jour, la malade pouvait reprendre ses travaux. La lèvre antérieure seule avait été excisée et suturée au vagin.		
782	14 juin 1885. Dr Gallard.	58	Fond et paroi antérieure.	Fibrome unique.		Réglée à 16 ans; non mariée. Douleurs continues depuis 8 ans. Pertes et leucorrhée abondantes depuis 18 mois, continues depuis 7 mois. Col granuleux, hypertrophié, induré par places, ayant fait craindre à Gallard qu'il s'agisse d'un épithélioma propagé au corps. Rectocèle et cystocèle avec léger prolapsus de la matrice. Vulve rasée, vagin lavé, rétracté. Dissection circulaire du col, dont la section bilatérale permet de constater que la muqueuse est seulement épaissie, et que sa tunique musculeuse hypertrophiée est saine. Section bilatérale du corps permettant de le dilater et de reconnaître sur la paroi antérieure un fibro-myome qui se prolonge dans le fond et qui est enlevé par morcellement. Les deux levres du col, pour plus de sûreté, sont excisées, puis suturées à la plaie vaginale. L'examen histologique a montré que la muqueuse était enflammée, mais non dégénérée. Durée : 50 minutes. — Suites favorables.	Guérison.	
783	18 juillet 1885. Hôpital.	45	Paroi postérieure et côté gauche du corps.	Fibrome unilobé.		Réglée à 12 ans; mariée à 18 ans; pas d'enfants. Très anémiée par crises anciennes de grande hystérie, et par des métrorrhagies datant de 3 ans, continues depuis 11 mois. Leucorrhée et névralgies intenses. Col utérin petit, tres allongé. Rectum comprimé par la tumeur, qui l'obstrue presque complètement et a produit à plusieurs reprises des symptômes d'obstruction intestinale. Nervosisme. Dissection du col, qui est débridé sur les côtés et excisé pour saisir le corps avec des pinces, l'ouvrir sur les côtés et l'abaisser. La section, faite à l'intérieur de l'organe, montre que la tumeur s'est développée presque entièrement à la surface, de sorte que son ablation par morcellement est longue et difficile, malgré son volume relativement minime (1 kilogr. 1/2). Durée : 2 heures. — Suites des plus favorables.	Guérison.	
784	26 octobre 1885. Dr Piettre.	26	Fond et paroi postérieure.	Fibro-myome unilobé.		Réglée à 15 ans; non mariée. Pertes continues depuis 15 mois. Névralgies intenses. Dysurie depuis 5 mois. Constipation rebelle. Teinte cireuse des téguments, dyspepsie, vomissements. Etat fébrile continu. Toux quinteuse datant de 2 ans, faisant craindre la phtisie pulmonaire, à cause de l'amaigrissement rapide. Col petit, conique, disséqué circulairement, incisé latéralement, puis excisé. Débridement bilatéral du corps, dont l'intérieur, incisé en arrière, contient un énorme fibro-myome qui remontait à égale distance du pubis et de l'ombilic, en se portant en arrière et à gauche, du côté du rectum et de la fosse iliaque. Ablation totale par morcellement. Une artère utéro-ovarique volumineuse, pincée au cours de l'opération, adossée au rectum, donnait un jet tellement volumineux que je laisse sur elle une pince à demeure, ce qui	Guérison	

						me paraît expliquer pourquoi, du 12e au 55e jour, il y a eu une petite fistule recto-vaginale qui a laissé passer des gaz et quelques matières liquides, sans doute à la chute de l'eschare. Cette fistule s'est guérie spontanément. Durée de l'opération : 1 h. 1/4.		
785	28 novembre 1885. Dr Goupil.	58	Corps.	Fibro-myomes multiples. Kyste interstitiel.		Réglée à 13 ans; 3 enfants. Epuisée par l'alcoolisme et l'inconduite. Pertes sanguines depuis 6 ans, continues depuis 3 mois. Maigreur squelettique. Hallucinations. Tumeur reconnue il y a 20 ans, s'étant accrue depuis 5 mois avec une extrême rapidité, au point de tripler de volume, de remonter au-dessus de l'ombilic et de faire saillie au niveau de la fosse iliaque droite. Vulve rasée, vagin lavé, rétracté. Col volumineux, disséqué, incisé sur les côtés, de même que le corps de l'utérus, dans lequel le doigt sent sur la face antérieure une tumeur qui en remplit la cavite et qui est enlevée par morcellement, sans difficulté (1 kilogr. 1/2). Le doigt sent ensuite sur la face postérieure et le fond trois autres tumeurs, l'une du volume d'une châtaigne, enlevée par énucléation, les deux autres du volume d'une tête de fœtus à terme, qui sont enlevées par morcellement. L'une de ces dernières contient un kyste séro-sanguin, qui se vide au cours de l'opération et qui m'avait fait croire tout d'abord que j'avais traversé la paroi latérale gauche de l'utérus et incisé un kyste du ligament large. L'examen a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myome uterin, devenu kystique, dont l'ablation a nécessité le pincement temporaire de 3 vaisseaux. Excision de la lèvre antérieure, qui est suturée à la plaie vaginale. Durée : 1 h. 1/2. — Suites immédiates favorables, malgré une poussée fébrile intense survenue du 4e au 8e jour, et qui avait inspiré quelques inquiétudes.	Guérison.	Succombe peu de temps après à l'alcoolisme.
786	18 décembre 1885. Dr Fauvel.	25	Fond, corps et col.	Fibro-myome multiples.		Réglée à 15 ans; mariée à 20 ans; pas d'enfants. Grande, robuste, malgré douleurs continues depuis 3 ans et métrorrhagies fréquentes depuis 2 ans. 2 grammes par jour d'albumine dans les urines, dues sans doute a la compression des ureteres. Tumeurs remontant aux deux fosses iliaques, à 3 travers de doigt au-dessus du pubis et faisant saillie à la fois dans les cloisons recto et vésico-vaginales. Col presque entierement effacé, dilaté sur la face antérieure par le prolongement d'un des lobes de la tumeur. Vulve rasée, vagin lavé, rétracté. Col disséqué, incisé de chaque côté, ouvert sur sa face postérieure, qui contient une tumeur du volume d'un œuf de dinde, qui est enlevée par morcellement. Section bilatérale du corps, permettant d'enlever 5 autres tumeurs petites et grosses, dont le volume total pese 3 kilogr. 1/2. Pas de perte de sang. Lèvres excisées à cause de la dilacération nécessitée par le morcellement des tumeurs qui y étaient incluses, puis suturées à la plaie vaginale. Duree : 1 h. 3/4. — Suites immédiates favorables. La malade, revue quelques mois après, n'avait plus que 20 centigr. d'albumine par litre dans les urines, et avait une santé irréprochable.	Guérison.	

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS CE VOLUME.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

CHAPITRE II

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

CHAPITRE XI

CHAPITRE XII

CHAPITRE XIII

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

B

C

D

E

F

R

S

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.



TABLE DES FIGURES

FIN DE LA TABLE DES FIGURES.

632-87. — Corbeil. Imprimerie Crété.